



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEIO AMBIENTE  
E DESENVOLVIMENTO**

**NÍVEL MESTRADO**

**ADÉLIA RABELO CARVALHO DOS SANTOS**

**ANÁLISE SOCIOAMBIENTAL NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
DO MUNICÍPIO DE SIMÃO DIAS-SE**

São Cristóvão – Sergipe

2018

ADÉLIA RABELO CARVALHO DOS SANTOS

**ANÁLISE SOCIOAMBIENTAL NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
DO MUNICÍPIO DE SIMÃO DIAS-SE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente da Universidade Federal de Sergipe, como parte dos requisitos exigidos para obtenção do Título de Mestre em Desenvolvimento e Meio Ambiente.

**Orientadora:** Profa. Dra. Maria José Nascimento Soares

**Coorientadora:** Profa. Dra. Daniela Venceslau Bitencourt

São Cristóvão - Sergipe

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

**S237a Santos, Adélia Rabelo Carvalho dos**  
**Análise socioambiental na assistência à saúde do**  
**município de Simão Dias-SE / Adélia Rabelo Carvalho dos**  
**Santos ; orientador Maria José Nascimento Soares. – São**  
**Cristóvão, 2018.**  
**69 f. : il.**

**Dissertação (mestrado em Desenvolvimento e Meio**  
**Ambiente) – Universidade Federal de Sergipe, 2018.**

**O**

**1. Família – Saúde e higiene - Estratégia. 2. Meio**  
**ambiente. 3. Promoção de Saúde. 4. Simão Dias (SE). I.**  
**Soares, Maria José Nascimento, orient. II. Título**

**CDU: 502/504:614.2**

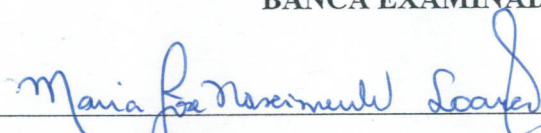
ADÉLIA RABELO CARVALHO DOS SANTOS

ANÁLISE SOCIOAMBIENTAL NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
DO MUNICÍPIO DE SIMÃO DIAS-SE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento e Meio Ambiente pela Universidade Federal de Sergipe.


Aprovada em 17 de agosto de 2018.

BANCA EXAMINADORA



Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Maria José Nascimento Soares (PRODEMA/UFS)

Orientadora



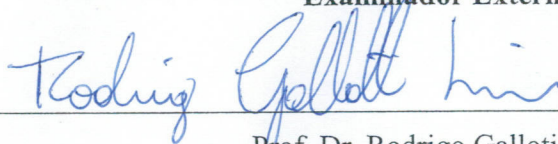
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Daniela Venceslau Bitencourt (PRODEMA/UFS)

Coorientadora



Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Isabel Cristina Barreto Andrade (UNIT)

Examinador Externo



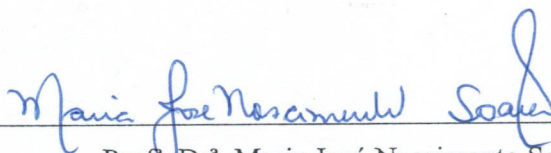
Prof. Dr. Rodrigo Galloti (IFS)

Examinador Externo

SÃO CRISTÓVÃO – SE

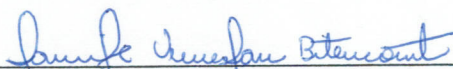
2018

Este exemplar corresponde à versão da Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente concluído no Programa em Desenvolvimento e Meio Ambiente (PRODEMA) da Universidade Federal de Sergipe (UFS).



---

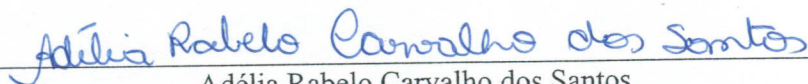
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria José Nascimento Soares  
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente – PRODEMA  
Universidade Federal de Sergipe.  
**Orientadora**



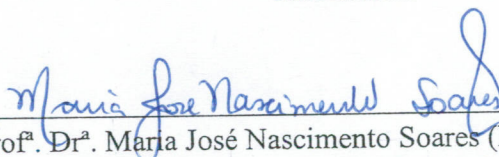
---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Daniela Venceslau Bitencourt (PRODEMA/UFS)  
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente – PRODEMA  
Universidade Federal de Sergipe.  
**Coorientadora**

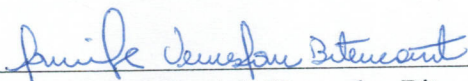
É concedido ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente (PRODEMA) da Universidade Federal de Sergipe (UFS) responsável pelo Curso de Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente permissão para disponibilizar, reproduzir cópia desta Dissertação e emprestar ou vender tais cópias.



Adélia Rabelo Carvalho dos Santos  
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente – PRODEMA  
Universidade Federal de Sergipe  
**Mestranda**



Profª. Drª. Maria José Nascimento Soares (PRODEMA/UFS)  
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente – PRODEMA  
Universidade Federal de Sergipe.  
**Orientadora**



Profª. Drª. Daniela Venceslau Bitencourt (PRODEMA/UFS)  
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente – PRODEMA  
Universidade Federal de Sergipe.  
**Coorientadora**

**À DEUS PELA DÁDIVA DA VIDA!**

## AGRADECIMENTO

Agradeço, acima de tudo, ao bom Deus pela bênção da minha vida e saúde.

Aos meus amados pais, por dar-me à vida, ensinar-me a vivê-la com dignidade e força e pela colaboração para poder realizar meus sonhos.

Agradeço aos meus irmãos Alex, Adriano, Hugo, Andréia e em especial a Andriellen pela dedicação.

Agradeço ao meu esposo Iolando, pelo carinho, companheirismo e compreensão nos dias ausentes, te amo.

Agradeço aos meus filhos Jhulia Dandara, João Rhodolfo e João Gabriel pelos momentos inesquecíveis, mamãe os ama muito!

Agradeço aos meus amigos pela força, amizade e atenção durante todo momento.

Agradeço a professora Dr<sup>a</sup>. Maria José Nascimento Soares por aceitar ser minha orientadora e também a prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Daniela Venceslau Bitencourt, pela colaboração e compreensão, durante a elaboração desta dissertação.

Aos professores do Prodema por dividirem seus conhecimentos durante o Mestrado.

Aos colegas, em especial à Cris, Dani, Kleber e Maiara pelo surgimento de grandes amizades satisfatórias, meus grandes amigos, obrigado por fazerem parte da minha vida.

À Coordenadora do PRODEMA Maria José pela amizade, puxões de olheiras e apoio nesse período, aprendi muito com você. Muito obrigada!

A CAPES, pelo apoio financeiro na realização das atividades de pesquisa – código de financiamento 001.

Aos meus colegas de trabalhos pelo apoio e incentivo para continuar nessa caminhada, Livia, Sonia, Barbara, Messias, Joseval, eu adoro vocês!



“[...] a abordagem socioambiental fundamenta-se no potencial de saúde para impulsionar uma vida que vale a pena ser vivida, cujo foco direciona-se ao atendimento das necessidades de saúde dos sujeitos”.

(SILVA; et al., 2014, p. 4362 )

## RESUMO

O presente estudo objetivou analisar a efetivação da assistência à saúde no município de Simão Dias/SE na perspectiva socioambiental, tendo como foco a Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, foram realizadas coleta de dados nos meses de fevereiro e março do corrente ano, nos postos de saúde localizados nos povoados: Curral dos Bois, Triunfo, Salobra e Pastinho da cidade de Simão Dias/Se. O estudo teórico foi ancorado nos processos históricos e a consolidação do programa em nível nacional e na esfera municipal; nos dispositivos legais do SUS que contemplam as comunidades do país independente das diferenças regionais. São organizadas com base na articulação de profissionais da saúde, que se agrupam sob a forma de equipe e esse agrupamento de profissionais da área de saúde atua de modo "interdisciplinar" nos postos de saúde e nos domicílios, trabalhando com relação à promoção, prevenção e recuperação da saúde. Desse modo, os profissionais articulam as questões socioambientais à saúde da população na perspectiva de entender os diagnósticos das doenças e sua relação com o ambiente. Para a concretização desse estudo foi adotada a metodologia da pesquisa qualitativa e quantitativa, que mediante observação e realização de entrevista semiestruturadas seguida da sistematização e categorização dos dados coletados, participaram 04 (quatro) equipes da estratégia de saúde da família e 35 (trinta e cinco) usuários atendidos nos povoados como amostra representativa desse estudo. Os resultados obtidos evidenciaram que dos quatro povoados pesquisados observou-se: falta de estrutura com água potável à população desses povoados; falta de investimentos em saneamento básico; falta de local apropriado para destinação correta dos resíduos e que as equipes que tratam das questões de saúde nesses povoados carecem de formação/capacitação voltada às questões socioambiental para entender os agravos à saúde bem como direcionar aos gestores documentos balizadores de dados relativos aos níveis de carencias nos postos de saúde, de modo a auxiliar a gestão pública para uma intervenção mais eficiente com ações preventivas de saúde a ser desenvolvidas junto à população do município.

**Palavras-chave:** Estratégia de Saúde da Família. Promoção de Saúde. Meio Ambiente.

## ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the effectiveness of health care in the municipality of Simão Dias / SE from a social and environmental perspective, focusing on the Family Health Strategy Team (ESF) of the Public Health System (SUS). Data collection were realized in the months of February and March of the current year, at health posts located in the villages: Curral dos Bois, Triunfo, Salobra and Pastinho of the city of Simão Dias / Se. The theoretical study was anchored in the historical processes and the consolidation of the program at the national level and in the municipal sphere; in the legal provisions of the SUS that contemplate the communities of the country independent of the regional differences. They are organized based on the articulation of health professionals, who are grouped in the form of a team and this group of health professionals acts in an "interdisciplinary" way in the health posts and in the homes, working on health promotion, prevention and recovery. In this way, professionals articulate socio-environmental issues to the population's health in order to understand the diagnoses of diseases and their relation to the environment. For the concretization of this study was adopted the methodology of qualitative and quantitative research, that through observation and accomplishment of semistructured interview followed by the systematization and categorization of the collected data, (four) family health strategy teams and 35 (thirty-five) users served in the villages as a representative sample of that study. The results obtained evidenced that of the four villages surveyed it was observed: lack of structure with potable water to the population of these towns, lack of investments in basic sanitation, lack of an appropriate place for the correct disposal of waste and that the teams that deal with health issues in these villages need training / training on social and environmental issues to understand health problems as well as directing managers to data managers regarding levels of deprivation in health posts, in order to assist the public management for a more efficient intervention with preventive health actions to be developed with the population of the municipality.

**Keywords:** Family Health Strategy. Health Promotion. Environment.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO I .....</b>	<b>17</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>20</b>
2.1 Saneamento Básico: Um Caminho para Sustentabilidade Ambiental.....	20
2.2 Um breve histórico da consolidação da Política de Saúde no Brasil.....	20
2.3. A Equipe de Saúde da Família como alternativa para promoção de saúde.....	27
2.4 A Estratégia de Saúde da Família e as questões socioambientais numa perspectiva interdisciplinar.....	31
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>36</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>36</b>
3.1 Caracterizações da Área de Estudo.....	36
3.2 Classificações ou tipologia.....	36
3.3 Amostragem.....	38
3.4 Procedimentos Metodológicos.....	39
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>42</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>42</b>
4.1 As ações dos profissionais da atenção primária e a sua relação com questões socioambiental.....	42
4.2 Concepção da comunidade a respeito das abordagens em torno das questões socioambientais.....	44
<b>5 CONCLUSÕES.....</b>	<b>58</b>
<b>6 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>60</b>
<b>APÊNDICE.....</b>	<b>63</b>
APÊNDICE A - Demonstrativo da Atuação das Equipes e seus Respectivos Povoados.....	63
APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Semiestruturado.....	64
APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista Semiestruturado - Equipe.....	65
APÊNDICE D - Roteiro de Entrevista Semiestruturado - Comunidade.....	66
APÊNDICE E - Ilustração Sobre a Atuação da Secretaria de Saúde.....	67
APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	68

**LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensão
DNERU	Departamento Nacional de Endemias Rurais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFS	Universidade Federal de Sergipe
SIVE-DAA	Sistema de Informações da Saúde

**LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 -	Localização da área de estudo.....	37
Figura 2 -	Presença de animais nos leitos dos tanques de chão em uma das comunidades estudadas.....	50
Figura 3 -	Presença de caramujo no leito do tanque de chão encontrado na comunidade Curral dos Bois, principal agente transmissor da esquistossomose.....	50
Figura 4 -	Utilização da água de açudes e poços artesianos na comunidade Curral dos Bois.....	51
Figura 5 -	Presença de lixo e degradação dos leitos dos tanques de chão na comunidade Curral dos Bois.....	51

**LISTA DE QUADROS**

Quadro 01-	Profissionais Cadastrados nas áreas escolhidas.....	39
Quadro 02-	Usuários e as comunidades atendidas pelo SUS .....	39
Quadro 03 -	Demonstrativos das atividades de esquistossomose em Simão Dias de janeiro a abril de 2018.....	48

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01 -	Relação entre os membros das equipes de saúde e o seu tempo de atuação.....	43
Gráfico 02 -	Problemas Ambientais encontrados nas comunidades estudadas.....	44
Gráfico 03 -	Ações de Saúde que possam beneficiar socioambientalmente a comunidade x Equipe de Saúde da Família.....	46
Gráfico 04 -	Fatores Ambientais provocadores de doenças.....	47
Gráfico 05 -	Problemas ambientais encontrados nas comunidades estudadas.....	52
Gráfico 06 -	Atividades de promoção de saúde em articulação aos aspectos socioambientais.....	53
Gráfico 07-	Atividades relacionadas ao meio ambiente .....	55
Gráfico 08 -	Problemas ambientais encontrados nas comunidades .....	55
Gráfico 09 -	Participação de encontros que tratam de doenças originarias dos problemas ambientais .....	57



## INTRODUÇÃO

O presente trabalho de pesquisa deriva de experiências da pesquisadora como profissional e estudante, que há vinte anos atua como profissional de uma equipe da atenção primária no município de Simão Dias/SE, trabalhando com promoção, prevenção e recuperação da saúde bem como a trajetória vivida como estudante do curso de Pós-Graduação em Residência Agrária: agroecologia, questão agrária, agroindústria e cooperativismo realizado pela Universidade Federal de Sergipe (UFS), concluído no ano de 2015, o qual contribuiu para a motivação de ampliar estudos nessa linha de pesquisa.

Essa experiência permitiu compreender alguns dos conceitos agroecológicos e sobre questões ambientais, as quais suscitaram o interesse em aprofundar o conhecimento e a investigação sobre as questões socioambientais articuladas à saúde da população residentes em povoados do município de Simão Dias/SE. Compreende-se que quando há harmonia entre o homem e a natureza é possível a construção de um ambiente ecologicamente equilibrado e que todos ganhem e possam conviver bem.

Entende-se que um ambiente "equilibrado" garante bem-estar social, e consequentemente, a falta de doenças demandas pela ação do homem. Assim, o referido estudo priorizará a problemática socioambiental para entender como a saúde das pessoas pode ser influenciada pelo ambiente de trabalho e como as equipes de estratégia de saúde da família podem promover a saúde da população. Compreendendo o ambiente enquanto local propositor de doenças, uma vez que se faz necessário conviver em ambiente ecologicamente sustentável, haja vista, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas, sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2005).

A Constituição Federal de 1988 apresenta inovações em seu texto ao consagrar o direito à saúde e garantir o acesso universal, igualitário e gratuito às ações e serviços, delineando um modelo organizacional para o setor com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa política pública em saúde consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da sociedade, conforme disposto no Art. 196 da Constituição Federal de 1988 e na Lei Federal 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS), que regulamentou os artigos 196 a 200 da referida Constituição.

Dentre as políticas de saúde, a criação e a implementação do SUS considerou a perspectiva de que todos tenham direito à saúde, analisando os condicionantes e determinantes sociais, ou seja, moradia, educação, saneamento, segurança pública e entre outros. O SUS é resultante da luta do Movimento pela Reforma Sanitária no país desencadeado nos anos 1970 e que se caracteriza a partir dos seguintes elementos: estrutura regionalizada com a finalidade de se adequar as diferenças regionais; comando único no qual visa integrar as instâncias em nível nacional, estadual e municipal; descentralização que concorre para atravessar os diversos níveis de gestão administrativa, com início pelo município; atendimento integral que deverá ser assegurado para toda a população independente da doença, com ênfase nas ações preventivas e por fim, a participação social a partir de atuação em conferências e nos conselhos de saúde, previsto na Lei 8.142/90.

Os dispositivos legais do SUS contemplam todas as comunidades do país independente das diferenças regionais. A organização do sistema funciona, de forma hierarquizada e regionalizada resultando num complexo organograma, do qual faz parte, em nível local, através de Estratégias de Saúde da Família vinculadas à Atenção Primária.

Em relação ao município de Simão Dias, Santos (2013) aponta que a falta de saneamento básico tem provocado diversos problemas de saúde pública na sociedade simãodiense, a exemplo de: diarreia, vômitos, verminoses, pruridos e micoses, com repercussões negativas na qualidade de vida dos mesmos. Segundo informações da Secretaria Municipal de Simão Dias, no período de 2013 a 2016 foram notificados e tratados 2.136 casos da doença diarreica aguda, uma média de 500 casos por ano, conforme pode ser verificado no apêndice A, registrado no sistema SIVEP-DDA<sup>1</sup>.

O conhecimento dessa realidade, alinhado às preocupações e interesses já manifestados, fizeram surgir as seguintes inquietações: Em que medida a atenção primária do município de Simão Dias pode ser influenciada pelas questões socioambientais? Como se dá a atuação das equipes de estratégia de saúde da família no município em relação às questões ambientais? Quais as ações desenvolvidas pelas equipes para orientar os simãodienses na promoção, prevenção e recuperação da saúde?

Para responder às questões descritas acima, têm-se por objetivo geral analisar sócio ambientalmente a assistência à saúde no município de Simão Dias. Quanto aos objetivos específicos, visam:

---

<sup>1</sup> SIVEP-DAA faz parte dos Sistemas Informativos da Saúde.

- a) Compreender as bases da política de saúde implementada em Simão Dias;
- b) Destacar as ações da equipe de saúde da família realizadas no município correlacionado com as questões ambientais;
- c) Investigar os fatores que impactam os munícipes em relação à saúde pública;
- d) Identificar a relação entre os fatores ambientais e o serviço prestado pela Equipe da Saúde da Família nas comunidades estudadas.

Quanto ao plano de exposição, esta dissertação se insere na linha de pesquisa “Planejamento e Gestão Ambiental”, do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente (PRODEMA), da Universidade Federal de Sergipe (UFS). O trabalho encontra-se estruturado em três capítulos.

O primeiro apresenta uma análise sobre o Saneamento Básico: um Caminho para Sustentabilidade Ambiental, demonstrando as condições mínimas para a saúde, tratamento da água e esgoto, resíduos sólidos. Breve histórico da consolidação da política de saúde no Brasil e seus aspectos sócios históricos, destacando-se a criação da Equipe de Saúde da Família como alternativa para promoção, prevenção e recuperação de saúde, importância da interdisciplinaridade vivida pela composição da equipe com ênfase nas questões socioambientais.

No segundo capítulo, apresenta-se a concepção metodológica que sustentaram as análises e argumentações da pesquisa, a qual encontram-se descritos a caracterização da área de estudo, os procedimentos metodológicos e as considerações éticas que envolveu o referido o estudo.

No capítulo seguinte, explana-se os resultados alcançados com base na realização da pesquisa empírica, no qual evidenciou-se que a falta de saneamento básico é o principal agente transmissor de doenças adquiridas nos povoados pesquisados e que as equipe necessitam de capacitações/formações para correlacionar e situar questões de preservação da saúde da população.

Por fim, as considerações finais, referências bibliográficas e os apêndices.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Saneamento Básico: um caminho para sustentabilidade ambiental.

Neste capítulo serão apresentados de forma breve alguns aspectos sócios históricos referentes ao Saneamento Básico, Sustentabilidade e Meio Ambiente e a consolidação das políticas em saúde. Nota-se que o planejamento e a execução das políticas sociais na realidade brasileira historicamente ocorreram a partir de uma concepção homogeneizadora da população. A população ao longo do tempo vem passando por impactos em sua qualidade de vida, na saúde, na educação, no meio ambiente e no saneamento básico e em tudo que envolve a atuação de uma ampla rede institucional.

No Brasil, há uma grande desigualdade, já que a humanidade ao longo dos séculos tem se tornando cada vez mais produtora de lixo e degradando o meio ambiente. Se manifestando como sintoma de uma crise de civilização, marcada pelo modelo de modernidade rígida e assim sofrem as consequências da degradação ambiental pela ausência de destinação adequada aos resíduos sólidos derivados do consumismo desenfreado (LEFF, 2011).

Com o êxodo rural, a população urbana cresce desordenadamente, o que propicia o surgimento de favelas e casebres insalubres sem condições de moradia dignas, sem saneamento básico e ambiental. Isto, por sua vez, gera uma pressão sobre os recursos naturais e consequentemente, ocasiona um desequilíbrio nas condições sanitárias, como é visualizado na questão da qualidade da água necessária para o desenvolvimento das atividades humanas, tanto no processo de produção de vários tipos de resíduos quanto no abastecimento para o consumo propriamente dito (LEONETI, 2011).

### 2.2. Breve histórico da consolidação da Política de Saúde no Brasil

No Brasil as necessidades de saúde são identificadas nas organizações dos sistemas de saúde, levando em considerações as crenças e valores de cada sociedade, sob a influência dos determinantes sociais (educação, saúde, moradia, lazer, esporte, cultura, saneamento básico entre outros). Portanto, para dar materialidade à política da saúde, a mesma é definida na Lei nº 8080/90, como sendo um conjunto de ações e serviços públicos federais, estaduais e

municipais da administração direta e indireta mantida pelo poder público (NORONHA *et al* 2012).

Os referidos problemas já tinham sido identificados na época do médico Oswaldo Cruz, responsável pela saúde pública no país, que solicitou aos sanitaristas Belizário Penna e Arthur Neiva um levantamento das condições de saúde das populações do campo das regiões Sul, Centro-Oeste e Nordeste. Essa ação foi considerada a primeira iniciativa federal de reconhecimento das condições sociais, sanitárias, econômicas e culturais das populações brasileiras do Nordeste.

Na década de 1930, o Brasil passou a ser palco de várias transformações com o processo de urbanização, industrialização e surgimento da classe operária, no contexto da chamada “Revolução de 1930”, com a ascensão ao poder de Getúlio Vargas. Nesse contexto, os trabalhadores imigrantes e os operários brasileiros já se organizavam para exigir melhorias nas condições de trabalho, salários, saúde entre outras, com destaque para a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP), regulamentadas pelo Estado brasileiro em 1923.

O modelo de saúde da “Era Vargas” (1930-1945), voltava-se para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, com uma abordagem curativista e hospitalocêntrica<sup>2</sup>. A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) no final dos anos 1930 apontou para a organização dos serviços de saúde pública no âmbito estatais direcionados à população, que não se encontrava na lógica previdenciária, ou seja, vinculada ao mercado formal de trabalho. Dessa forma, o foco de suas ações voltava-se para a realização de campanhas coletivas com a intenção de mudar o comportamento dos indivíduos. (PAIVA *et al*, 2014).

O âmbito federal, houve a criação do Ministério da Saúde em 1953, ação essa que desdobrava os dois ministérios: o da educação e o da saúde em órgãos distintos. Após três anos da criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU) que tinha como objetivo organizar suas ações em torno do combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, febre amarela entre outras endemias, instituiu o Serviço Social Rural, órgão vinculado ao Ministério de Agricultura, com a finalidade de prestar serviços sociais e estimular a criação de cooperativas e desenvolvimento de pesquisas. (PAIM, 2012).

A ideia de funcionamento da referida rede básica, tinha por finalidade preencher a lacuna das ações do Estado na assistência integral à saúde das populações. Desse modo, o Ministério da Saúde inaugurou seu modelo de atenção primária que seria realinhado na

década de 1980 através do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS/MS/INAMPS). (CARDOSO, 2014).

Nesse contexto, as confluências entre os movimentos do campo e da cidade se estreitaram ainda mais, apesar do alarde do governo federal com relação ao “Milagre Econômico” de que o país se encontrava em pleno crescimento econômico, contrastando com o aumento da desigualdade social e da dívida externa que se tornariam as heranças desse período militar. Se por um lado esses movimentos reivindicavam maior autonomia da sociedade civil frente ao Estado, reivindicavam também maior participação dos cidadãos na gestão dos recursos públicos. O tema da participação popular começou a despontar no cenário político nacional. (BRAVO, 2013).

Com efeito, surgiram as condições para a emergência do Movimento Sanitário que propunha mudança no conceito saúde, atribuindo a estes determinantes sociais, históricos, econômicos e no fazer ético-político dos profissionais, buscando redesenhar o processo de participação social nas decisões sobre o sistema de saúde. (PAIM, 2012).

O projeto de Reforma Sanitária que influenciou a formatação do SUS no seu aspecto legal, parte da concepção abrangente da saúde e do papel do Estado na prestação desse serviço. A VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 foi um marco histórico dessa luta ao encaminhar para a Assembleia Nacional Constituinte as propostas que foram posteriormente incorporadas ao sistema público de saúde: universalização; descentralização; hierarquização; integralidade; regionalização e participação popular. (PAIVA et al, 2014). A partir daí a atenção à saúde passa a ser organizada de forma a garantir e preservar esses princípios ao operacionalizar uma lógica de atendimento que prioriza a atenção primária. (BRAVO, 2013).

A Constituição Federal de 1988, ratificou a saúde como direito de todos e tem um conceito ampliado do processo saúde-doença. Seguindo essa linha, o SUS se contrapôs à visão centralizadora estatal ao adotar uma política de saúde que se fundamenta e se estrutura em princípios constitucionais (PAIVA et al, 2014).

Com isto, o SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, amparado por uma concepção de saúde, garantir o direito à saúde de toda a população e tem como conceito básico a universalização do atendimento. O que possibilitou concretizar que “a saúde é direito de todos”, como preconiza a Carta Magna, pois, o seu principal propósito é assegurar que toda a população tenha acesso ao atendimento público de saúde de modo a implantar de maneira organizada o acesso aos

serviços de saúde, o SUS possui políticas e programas governamentais em todos os segmentos. (PAIVA et al, 2014).

Atualmente, a saúde tem sido reconhecida como um complemento ao bem-estar físico, mental e social. Visto que a mesma é considerada como um direito de todos e dever do Estado, conforme o Art. 196 da CF de 1988. Conforme assegura Pain (2012).

O acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação, tal como prevista pela Carta Magna, permite, portanto, desenvolver uma atenção integral à saúde. Em vez de se limitar a uma assistência médica curativa, o direito à saúde no Brasil estende-se à prevenção de doença, ao controle de riscos e à promoção da saúde. Assim, as ações e serviços de saúde são de relevância pública (PAIN, 2012, p. 46).

Desse modo, o SUS traz os princípios e diretrizes, deixando a concepção ampla da saúde, inerente as condições da cidadania. A situação de saúde no Brasil sofreu influência das transformações econômicas a nível mundial que levaram o SUS a ser uma grande política pública de inclusão social. É preciso compreender que o SUS é apenas uma das respostas sociais dos problemas e necessidades de saúde da população brasileira, reconhecendo que, ao lado dele, políticas econômicas, sociais e ambientais são essenciais para a promoção da saúde e para a redução de riscos e agravos.

No entanto, há uma outra preocupação constante, constituída na questão dos avanços e desafios do SUS. Contudo, percebe-se que as conquistas alcançadas pelo SUS além de trazer progresso, trouxe também impasses aos problemas atuais e futuros enfrentados pelo sistema. Apesar da reforma sanitária trazer melhorias no campo da saúde mediante uma reforma social, e avanços na expansão e oferta dos serviços à saúde pública, e que ainda necessita de uma efetivação em sua organização como afirma Pinheiro que

A integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem que se assuma uma perspectiva de diálogo entre os diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde (PINHEIRO, 2001, p. 66).

A participação social aliada aos movimentos sociais na área da saúde, tem reivindicado por direitos, os quais obtiveram êxitos em suas lutas, como uma forma de exercer sua cidadania. As preocupações com a equidade, assumida de maneira equivocada em muitos discursos de organismos internacionais, contribuiu para a focalização, invertendo a lógica universal. Conforme, Paim “[...] a equidade foi incorporada como princípios do SUS e partir de normas operacionais pode ser coerente com a diretriz do uso da epidemiologia no planejamento” (2009, p. 128). Pois,

No campo da política de saúde, os interesses empresariais são muito poderosos, pois muitas vezes são complexos de empresas multinacionais que dominam a tecnologia de produção de um medicamento ou insumo. Isso tem gerado muitas questões sobre o processo de atribuição de patentes sobre medicamentos vitais para a saúde da população (FLEURY; OUVERNEY, 2012, p. 44).

Assim, a garantia dos direitos dos cidadãos usuários do SUS é aberto, enquanto há medidas a serem cumpridas pelo Estado, e conseqüentemente, em especial atenção às questões de financiamento, humanização e ética, em que se defende a luta pelo direito à saúde que passa, necessariamente, pela reorientação das políticas públicas, econômicas e sociais das quais poderão atingir a redução das desigualdades, de modo que todos possam usufruir de uma melhor qualidade de vida e de bem-estar social.

Fleury e Ouverney (2012) afirmam que a política de saúde deve ser tratada como política social, ou seja, é uma política voltada para o indivíduo e a coletividade, sendo assim, a política de saúde está sujeita a múltiplos determinantes, muitas vezes contraditórios. Deste modo, pensar-se que esta política consiste na melhoria do saneamento básico, porém existem outros interesses envolvidos que determinam os caminhos e o formato adotado pelas então políticas de saúde atuais.

Contudo, torna-se importante a necessidade de trazer à luz deste estudo as contribuições de Boschett (2012) sobre as políticas sociais no caráter histórico, que desvendam as características e determinações econômicas, sociais, políticas, culturais que influenciam a concepção de saúde associados ao papel do Estado e aos interesses regulamentados e desenvolvidos pelas políticas públicas além da compreensão acerca do significado da política de saúde e todos seus sujeitos envolvidos.



A formulação e a implementação do SUS, foram marcadas por uma série de mudanças, ou seja, o Sistema Único de Saúde busca a operacionalização de alguns dos seus princípios básicos ao longo desse período com o objetivo de aprofundamento do processo de descentralização das ações de saúde nos municípios. Com isto, o avanço da municipalização propiciou um conjunto de medidas que fortaleceram a atenção primária em saúde através de incentivos, para efetivação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) configurando-se como uma ação prioritária para a estruturação dos sistemas, com o foco de reorientar o modelo de atenção com a organização de ações de saúde (BRAVO, 2013).

Embora, a estratégia de saúde da família busque considerar suas implementações na operacionalização da política, uma nova institucionalidade das políticas sociais traduz-se ao consagrar os princípios da descentralização e do controle social, onde tais proposições indicam alternativas progressistas para a necessária reforma do Estado e da sociedade. Não obstante, os avanços relativos à descentralização e ao controle social dependem de política de indução adotada pelo nível central do governo, além disso, é preciso considerar que as características do poder local, passam a constituir-se na implementação das políticas sociais (BRAVO, 2013).

As descentralizações das políticas sociais consideradas virtuosas relacionam-se com a maior capacidade do poder local em minimizar os efeitos das tradições políticas, contribuindo dessa forma, para o avanço do processo de descentralização justificado frente ao elevado grau que a municipalização da saúde obteve na agenda de reformas na área social. Além da coalizão pré-reforma na área sanitária, sendo capaz de gerar pressão local pela adesão municipal ao SUS (PAIVA et al, 2014).

Deste modo, o avanço da municipalização promoveu alterações substanciais no desenho organizacional do sistema de saúde. Entretanto, a emergência da Estratégia de Saúde da Família como política prioritária no campo da atenção à saúde no Brasil deve ser contextualizada no bojo do processo de reforma setorial, em que o processo de implementação do Sistema Único de Saúde necessita de investimentos em novos modelos de atenção, com foco na promoção à saúde, muito embora, a principal questão seja promover a saúde fortalecendo os princípios da autonomia de toda coletividade e dos indivíduos (BRAVO, 2013).

O SUS, por sua vez, tem enfrentado grandes dificuldades para implementar a promoção e proteção da saúde, bem como a prestação de uma atenção com qualidade, com integralidade, efetividade e equidade. Ademais, a promoção da saúde, envolve medidas que se

aplicam, essencialmente à melhoria das condições e dos estilos de vida de grupos populacionais específicos, apoiando-se amplamente em atividades de educação e comunicação em saúde e na formulação de políticas intersetoriais nas várias esferas do governo (GIOVANELLA, 2012).

Porém, o que se percebe na prática é o distanciamento da efetivação das diretrizes do SUS, enquanto direito da população. Apesar do Brasil ser um país de dimensões continentais, nem sempre é possível desenvolver uma atenção primária de qualidade, que busca desenvolver a promoção e a prevenção em saúde como princípio básico constitucional, visto que na atualidade, este direito não tem sido tratado como um dever, e sim, como prioridade apenas às ações curativas com foco em doenças.

Diante disso, a organização da atenção primária pode ser resolutiva fazendo encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis de assistência. Na atenção em saúde, o gestor do sistema tem o dever de estabelecer e definir ações e serviços que serão oferecidos pelas unidades prestadoras, além de apontar o que é e qual é a quantidade que será regulada (GIOVANELLA, 2012).

Contudo, para isso é necessária uma avaliação situacional da realidade de cada localidade, afim de que as ações primárias em saúde sejam pactuadas e realizadas de acordo com a necessidade individual de cada população. Dessa forma, a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser a porta de entrada preferencial do usuário do SUS para que a partir daí suas demandas sejam atendidas e conduzidas por meio da rede de atenção à saúde, haja vista que é necessário passar pela atenção de média e alta complexidade para que constitua de forma integral e equânime a sua atenção à saúde. (DALPIAZ et al, 2011).

O avanço da descentralização buscou medidas de fortalecimento e reorganizou o nível de atenção primária, evidenciando este nível de atenção na ordem do dia da agenda de saúde. Uma das principais medidas utilizadas pelo mesmo, diz respeito ao Piso de Atenção Básica (PAB), que consiste em um montante de recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos de atenção primária sob responsabilidade municipal, o qual promoveu uma ampliação significativa dos recursos da assistência básica (MENDES, 2014).

O PAB fixo, constitui-se como uma transferência com base per capita, isto é, que na modalidade de repasse definindo um valor fixo por habitante ao ano. Cada município recebe recursos financeiros correspondente ao número de seus habitantes por meio de transferência do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, para alocar na atenção básica

de seus municípios. Já o PAB variável é composto por incentivos financeiros para a adoção dos programas estratégicos, com o objetivo de combate à epidemia e vigilância sanitária. Os recursos recebidos pelos municípios por meio do PAB variável, portando, variam conforme a adoção ou não dos programas que o SUS oferece (MENDES, 2014).

A partir disto, o modelo de atenção proposto pelo ESF assenta-se sobre uma visão ampliada do processo saúde-doença, que ultrapassa as concepções marcadas pelo viés biológico e curativo, perpassando pelo vínculo estabelecido entre a família e o meio, no qual estão inseridos, tornando-se o centro da atenção à saúde. Dessa forma, o sujeito é visto de maneira holística junto à sua família, levando em consideração seus costumes, crenças, hábitos de vida, a fim de que o objetivo seja alcançado, ou seja, a obtenção da saúde de forma plena. Para isso, toda uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde entre outros) é engajada junto aos dispositivos da rede de saúde para agir de forma intersetorial em prol da saúde da comunidade atendida na sua área de abrangência. (COSTA, 2016).

### 2.3. A Equipe de Saúde da Família como alternativa para promoção de saúde

Nos últimos anos, muitos esforços foram realizados com o objetivo de implementar e consolidar o SUS, as ações aproximaram o estado brasileiro aos problemas sociais, o que propiciou a geração de respostas para as demandas que lhes são postas e atendendo interesses relacionados à área da saúde. Visto que, o Programa de Saúde da Família (PSF) criado em 1994, apontava uma estratégia de reorganização das ações da atenção primária, visto que o referido programa surgiu a partir das ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991. (SANTOS, 2013).

Entretanto, compreende-se que o modelo assistencial delineia a finalidade da interação com atenção primária vinculada à comunidade na busca das necessidades de cada indivíduo, voltada ao processo saúde/doença como um todo. No entanto, com o surgimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde potencializou a prevenção de doenças e buscando assim, promover a saúde da sua população utilizando recursos da própria comunidade. Pois, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) passou a ser um elo de ligação entre a secretaria municipal de saúde e a comunidade (PINTO, 2017).

Contudo, com o passar dos anos, o PACS foi transformando-se em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF). Desse modo, vigorou a ideia de que as equipes de saúde da família deveriam atuar mediante uma compreensão ampliada do processo saúde/doença com práticas que superassem o modelo assistencial médico curativo, principalmente com o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e a população. Onde configurou-se como a primeira estratégia nacional com o intuito de fortalecer as ações de promoção e prevenção à saúde, desenvolvido tanto no hábito domiciliar quanto local. (SALIBA, 2011).

Com a reorganização dos serviços de saúde com vistas à superação de práticas médicas curativas tem na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a proposição de um novo modelo de cuidado na atenção primária que valoriza as ações de promoção, proteção, prevenção à saúde de caráter e atendimento integral às populações. Pois,

A Estratégia da Saúde da Família foi apresentada como uma proposta de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, tendo como alicerce os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso proporcionou uma postura dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população, rompendo o seu caráter passivo. Deste modo, os serviços passaram a buscar estratégias para desenvolver uma atenção integral à saúde de indivíduos e grupos, intervir sobre fatores de risco aos quais a população está exposta, promover parcerias por meio de ações intersetoriais e estimular o controle social (SANTOS *et al* 2013, p.1024).

Partindo desta contextualização, pode-se considerar que a estratégia de saúde tem por finalidade orientar as famílias sobre os cuidados relacionados a saúde e as questões socioambientais, o que possibilita manter um equilíbrio referente à promoção da saúde em toda comunidade. Assim, a evolução das atividades desenvolvidas pela ESF caracteriza-se como um trabalho de forte relação entre a saúde e a vida social. (SANTOS, 2013).

As equipes buscam nas residências fatores que estejam interligados aos processos de saúde/doença, para que dessa forma, possam intervir de forma interdisciplinar na manutenção do cuidado através de medidas de preventivas, e de promoção e recuperação da saúde no decorrer de suas atividades laborativas (PINTO, 2017).

Deste modo, uma das principais atividades desenvolvidas pelas ESF é buscar dados voltados a saúde, que ocorre durante a visita domiciliar sendo a principal atividade efetuada

por esta equipe e também a educação em saúde é de suma seriedade e deve ser vista pela equipe como um conjunto de aprendizagem que objetivam a otimização de ações voluntárias conducentes a saúde que é de fundamental importância na realização dos trabalhos em saúde em toda comunidade empregadas na estratégias as quais possibilitam um trabalho satisfatório tanto para o profissional como para o usuário da sua área de abrangência. (SALIBA, 2011).

Portanto, a realização da Conferência Internacional de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no Cazaquistão, em 1978, é considerada um marco internacional que influenciou as decisões das políticas de saúde em escala planetária sobre os cuidados primários na saúde. A compreensão dos participantes do evento é a de que “[...] a chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos [...] é inaceitável” e que os cuidados primários estão relacionados com “[...] as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades” (ALMA-ATA, 1978, p. 2-3).

Cabe ressaltar que, o ministério de saúde apresenta melhorias recentes nas condições de vida da população brasileira, a renda dos 10% mais ricos chega a ser 23,5 vezes maior que a renda dos 10% mais pobres da população economicamente ativa. Ou seja, a existência de amplos setores vivendo em bolsões de pobreza demonstra iniquidades na distribuição da riqueza socialmente produzida (BRASIL, 2008).

O Censo Demográfico (IBGE, 2010) registra que aproximadamente 16% da população brasileira residem em áreas rurais, com um percentual de 46,7% em situação de extrema pobreza e 84% em áreas urbanas, com um percentual de 55,3% entre os mais pobres. O referido censo aponta que as populações que vivem no campo brasileiro apresentam perfil de extrema pobreza com mais de 50% dos domicílios sem rede geral de esgoto pluvial ou fossas sépticas. Várias localidades não estão ligadas a rede geral de distribuição de água ou sequer tem poço artesiano ou nascente. Em sua maioria, a população é formada de negros (pretos e pardos), analfabetos e sua concentração é maior na região Nordeste.

Neste cenário, destaca-se que na prática a equidade no âmbito da política de saúde depende:

De um elevado grau de democracia, de distribuição das cotas de poder, do controle social do exercício desse poder descentralizado de maneira a se evitar abusos e, paradoxalmente, também de um elevado grau de autonomia dos agentes sociais que praticam os julgamentos e instituem os tratamentos, sem o que não poderiam operar conforme cada situação singular (CAMPOS, 2006, p.12).

Assim, a discussão sobre a equidade no âmbito da saúde se refere às necessidades em saúde que são socialmente determinadas e condicionadas pelo modelo econômico e político brasileiro que historicamente reproduz as desigualdades regionais, portanto, a política de saúde sinaliza possibilidades de proteção social para os grupos em situação de vulnerabilidade e no desafio de efetivar a equidade no acesso e atendimento desses nos serviços públicos de saúde (GEOVANELLA, 2012).

A partir destas considerações, é preciso salientar que na atualidade a discussão relativa às ações da saúde na perspectiva da universalidade contrasta com as investidas do projeto econômico e político neoliberal, particularmente com a ênfase na focalização das populações e privatização de serviços (PINTO, 2017), na qual é possível identificar que o sistema de saúde tem se modificado cada vez mais, na busca de melhores alternativas para a promoção de saúde e qualidade de vida, atendendo as necessidades de cada indivíduo, na busca de melhores condições de saúde. Para que seja alcançada essa assistência é necessário desempenhar um trabalho interdisciplinar para uma abordagem de forma igualitária composta por profissionais e usuários do SUS.

Brasil (2010), relata que a promoção de saúde tem uma articulação com a construção de consensos a fim de que as políticas públicas sejam favoráveis à saúde e à vida, e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos. Neste sentido, o sujeito e a coletividade elegem determinadas ações de viver, criam e organizam suas escolhas, criando dessa maneira, possibilidades e interesses de ordem coletivo, no processo de construção do contexto da própria vida.

A atenção para a promoção de saúde baseia – se no trabalho dos profissionais de saúde. Assim sendo, é fundamental que a equipe de saúde perceba como suas ações são fundamentais para a saúde comunitária. Mas a saúde, na perspectiva da carta Ottawa<sup>3</sup>, depende de muitas pessoas, que devem se envolver e atuar para a qualidade de vida e ter uma maior participação no controle dos processos para alcança-la. A saúde depende das pessoas e dos serviços, por meio da co-responsabilização, mas também de condições e recursos fundamentais como paz, recursos sustentáveis, educação, justiça social e equidade, entre outros. Assim, é preciso ter uma nova maneira de interpretar as necessidades e as práticas de saúde, não mais numa perspectiva unicamente biológica, mecanicista, individual, especializada, mas numa perspectiva contextual ampla do novo paradigma, a integralidade (SILVIA, 2016, p. 55)

Diante do exposto acima, a promoção à saúde é vista como uma probabilidade dos determinantes do processo saúde e adoecimento no Brasil. Surgindo o rompimento com abordagem individualizada e fragmentada, na qual sujeitos e comunidades são colocadas como únicos responsáveis pelas mudanças da vida (BRASIL, 2010).

#### 2.4 A Estratégia de Saúde da Família e as questões socioambientais numa perspectiva interdisciplinar

O ESF tem na sua composição de trabalho uma equipe composta de vários profissionais de nível superior e médio, com o objetivo de realizar uma intervenção de caráter primordialmente preventivo e de promoção à saúde, conforme estabelece a Lei Nº 8080/90, na possibilidade de realizar uma educação permanente aos grupos de risco, com maior informação aos usuários sobre as patologias pré-existentes na sua área de abrangência.

O ponto que se expõe em relação a todo trabalho equivalente a equipe multiprofissional é exatamente uma relação de caráter interdisciplinar. Significando assim, a existência das influências de suas respectivas áreas, as quais expressam-se a partir da concretização da interdisciplinaridade dentro da equipe de saúde. Portanto um termo complexo e com diversas interpretações. Silva Neto e Phelippi Jr. explica que para se entender o que é multidisciplinar e transdisciplinaridade, bem como a interdisciplinaridade se faz entender primeiro que

a multidisciplinaridade trata-se do patamar inferior de interação que ocorre quando a solução de um dado problema requer a colaboração mútua de duas ou mais ciências, ou setores do conhecimento, mas sem que para isso as disciplinas contribuintes sejam modificadas ou enriquecidas. Não se trata, portanto, de interações propriamente ditas, mas tão somente da aquisição, por exemplo, por grupos de pesquisadores, de um nível de informação mútua e cumulativa (SILVA NETO; PHELIPPI JR, 2011, p. 36).

Diante destes pressupostos, o autor destaca a importância de se distinguir a interdisciplinaridade de conceitos semelhantes, como multidisciplinaridade e transdisciplinaridade. Para tanto, quando nos posicionamos como multidisciplinar, a dissolução de um problema só estabelece informações tomadas de empréstimo a duas ou mais

especialidades ou setores do conhecimento, sem que as disciplinas levadas a contribuírem por aquela que as utiliza sejam modificadas ou enriquecidas (SILVA NETO; PHELIPPI JR, 2011). Para eles

a transdisciplinaridade é uma etapa superior com coordenações de todas as disciplinas, pode – se esperar ser suceder uma etapa superior que seria transdisciplinar, a qual não se contentaria sem atingir as interações ou reciprocidades entre pesquisa especializadas, mas situaria essa ligações no interior de um sistema total, sem fronteiras estáveis entre as disciplinas (SILVA NETO; PHELIPPI JR 2011, p. 37).

Sobre a multidisciplinar Silva Neto; Phelippi Jr, 2011, refere-se ao

agrupamento intencional ou não de conhecimentos, pois pode haver uma busca real de objetivos comuns. Sendo assim, em relação à interdisciplinaridade, pode se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas, no interior de um projeto específico de pesquisa (SILVA NETO; PHELIPPI JR, 2011, p. 36).

Embora o fundamento do espaço interdisciplinar deve ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares. Dessa forma, podemos destacar que diante de um empreendimento com aspectos da abordagem interdisciplinar, todas as vezes em que ele conseguir incorporar as opiniões e resultados de várias especialidades, que se tomam de empréstimo a outras disciplinas certos instrumentos e técnicas metodológicas, fazendo com que o uso dos esquemas conceituais e das análises que se encontram nos diversos ramos do saber, por fim de fazê-los integrarem e convergirem, depois de terem sido comparados e julgados (SORATTA, 2015).

Haja vista que, ao conceituar o termo interdisciplinaridade pressupõe um trabalho coordenado e com um objetivo comum, partilhado por vários ramos do saber, de forma integrada e convergente, o que nos reporta imediatamente ao conceito de trabalho em equipe multidisciplinar, base da atuação no ESF, em que congrega profissionais da área de saúde para atendimento à comunidade enquanto uma prática de atenção primária a todos (SILVA NETO; PHELIPPI JR, 2011).

Dessa forma, se faz imperativo investigar em que medida às questões de saúde encontra ressonância com às questões ambientais. Pois, ao referenciar à temática ambiental e as questões socioambientais nas localidades, em especial a área rural é recorrente a existência



de diagnósticos em que o problema encontra-se na água, no saneamento e na disposição de resíduos. Pois, a comunidade é atingida com os impactos originados de problemas ambientais em nível local, bem como as consequências também em nível global, as quais comparecem na rotina de trabalho das equipes (SORATTA, 2015).

É necessário, portanto, inserir a temática ambiental nos programa de atenção primária ao integrar as relações homem/ambiente/condições de saúde, de forma interdisciplinar, intersetorial e coparticipativa, com vistas à melhoria da qualidade da assistência e da vida.

Desse modo, a questão ambiental tem relação com alguns fatores que aparece no cotidiano das equipes ao atuar na Estratégia de Saúde da Família, tais como: a falta de saneamento básico, água não tratada, falta de coleta dos resíduos. Essas são algumas das deficiências que se encontram presente nas normas e diretrizes, segundo a Portaria 1866/97 do Ministério da Saúde e que deve ser incorporado pela equipe como uma ação a ser desenvolvida na comunidade.

A exposição de resíduos a céu aberto, pode provocar uma série de consequências e impactos negativos a população no entorno da comunidade, acentuando o problema de saúde pública do ponto de vista sanitário, ambiental e social. Pois, a poluição do ambiente provoca danos à saúde da população local. E ainda por meio de poeira e de materiais leves, levado pelo vento, da água mediante de "chorume" contaminando (lagos e rios), do solo prejudicando o uso futuro (PELICIONI, 2005). Ao analisar a ESF, fica implícito a falta da congregação de uma concepção mais interativa das relações homem/ambiente/condições de saúde enquanto uma totalidade complexa, uma vez que se encontra diferente do conceito de saúde e sua promoção.

Assim, com a degradação ambiental, podem-se destacar os riscos de colapso ecológico e o avanço da desigualdade e da pobreza como um sinal da crise do mundo globalizado, onde o saber ambiental emerge de uma reflexão sobre a construção social do mundo atual, pois hoje convergem e se precipitam os tipos históricos que já não são mais os tempos cosmos da evolução biológica e simbólica reconduzidas pela intervenção do homem (LEFF, 2011).

Diante destas estratégias de apropriação econômica da natureza e da cultura, emerge hoje uma ética ambiental que propõe a revalorização da vida do ser humano. Sendo assim, a ética se expressa nas lutas de resistência das comunidades indígenas e camponesas a serem convertidas em reservas etnológicas, a ceder seu patrimônio de recursos naturais e a renunciar à sua identidade cultural (LEFF, 2011).

Desse modo, tratar das questões ambientais requer entender essa relação complexa entre o *habitat e o habitar*, que integra as condições do meio às possibilidades de ocupação social do território. O habitar é o substantivo que suporta a ação de habitar, ou seja, no habitar conflui a lei da natureza que estabelece suas condições de suporte, e o desejo que mobiliza as formas de ocupação cultural do espaço. Pois, o ambiente articula assim um conjunto de processos ecológicos, produtivos e culturais, para reconstruir o habitar como transformação complexa das relações sociedade natureza (SILVA NETO; PHELIPPI JR, 2011).

Assim, a interface saúde e ambiente se destacam pela necessidade de reorientação do modelo de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma que a agenda da promoção da saúde seja compreendida numa dimensão em que a construção da saúde é realizada fundamentalmente nos espaços do cotidiano da vida humana. Sendo assim, este modelo concebe o ambiente como um território vivo, dinâmico, reflexo de processos políticos, históricos, econômicos, sociais e culturais, onde se materializa a vida humana e a sua inter-relação com o universo (BRASIL, 2008).

Conforme, a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) saúde ambiental é o campo de atuação da saúde pública que se ocupa das formas de vida, das substâncias e das condições em torno do ser humano, que podem interferir na sua saúde e no seu bem-estar (BRASIL, 1999).

Portanto, os determinantes ambientais fazem-se necessário o desenvolvimento de ações educativas interdisciplinares para a ampliação do nível de consciência ambiental estabelecendo-se o papel dos diversos atores envolvidos com ênfase na sustentabilidade ambiental (BRASIL, 1999).

No decorrer do tempo a agressão a natureza ameaça a saúde dos seres humanos. Por outro lado, a saúde ambiental que se preocupa com as questões corpo e vida, depara – se com patologia advindas da falta de saneamento básico, existência de conglomerados urbanos insalubres e também riscos provenientes da exploração indevida de nichos ecológicos. Sendo que, ainda pode – se elencar as crescentes desigualdades sociais e a falta de informação que permitem estabelecer um meio ambiente exposto a disseminação de doenças a etiologia é o meio ambiente.

O artigo 225 da Constituição Federal de 1988, que trata do meio ambiente e a Lei 6.938/81 têm o objetivo de preservar, melhorar e recuperar a qualidade ambiental propicia a

vida, visando assegurar no país condições ao desenvolvimento socioeconômico, aos interesses da segurança nacional e à proteção a dignidade humana. E assim traz os seguintes princípios:

- Ação governamental na manutenção do equilíbrio ecológico, considerando o meio ambiente como patrimônio público a ser necessariamente assegurado e protegido, tendo em vista o uso coletivo;
- Racionalização do uso do solo, do subsolo, da água e do ar;
- Planejamento e fiscalização do uso dos recursos ambientais;
- Proteção dos ecossistemas, com a preservação de área representativas;
- Controle e zoneamento das atividades potencial ou efetivas;
- Incentivos ao estudo e à pesquisa de tecnologia orientada para o uso racional e a proteção dos recursos ambientais;
- Acompanhamento do estudo da qualidade ambiental;
- Recuperação de áreas degradadas;
- Proteção de áreas ameaçadas de degradação;
- Educação ambiental a todos os níveis de ensino, incluindo a educação da comunidade, objetivando capacitá-la para participação ativa na esfera do meio ambiente (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Contudo, entende-se que todas as pessoas têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e eficaz à saúde sadia qualidade de vida, impondo-se ao poder público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações (PHELLIPE JR; PELICIONI, 2005).

No entanto, percebe-se que nesse processo, vários fatores são considerados e dentre eles os agentes etiológicos, os hospedeiros e o meio ambiente, incluindo-se neste contexto os determinantes sociais, na qual tais circunstâncias, a saúde da família, surge como uma forma de organizar as práticas assistências em saúde para aproximar comunidade e profissional de saúde. As ações humanizadas e educativas que, ao mesmo tempo, trabalham o preventivo e o curativo, de modo integral e sendo assim, a equipe aproxima a comunidade dos serviços em saúde de todo território, mediante ações realizadas na área de saúde ambiental viabilizando a promoção, prevenção em saúde de modo a contribuir para a qualidade de vida da população da sua área de abrangência.

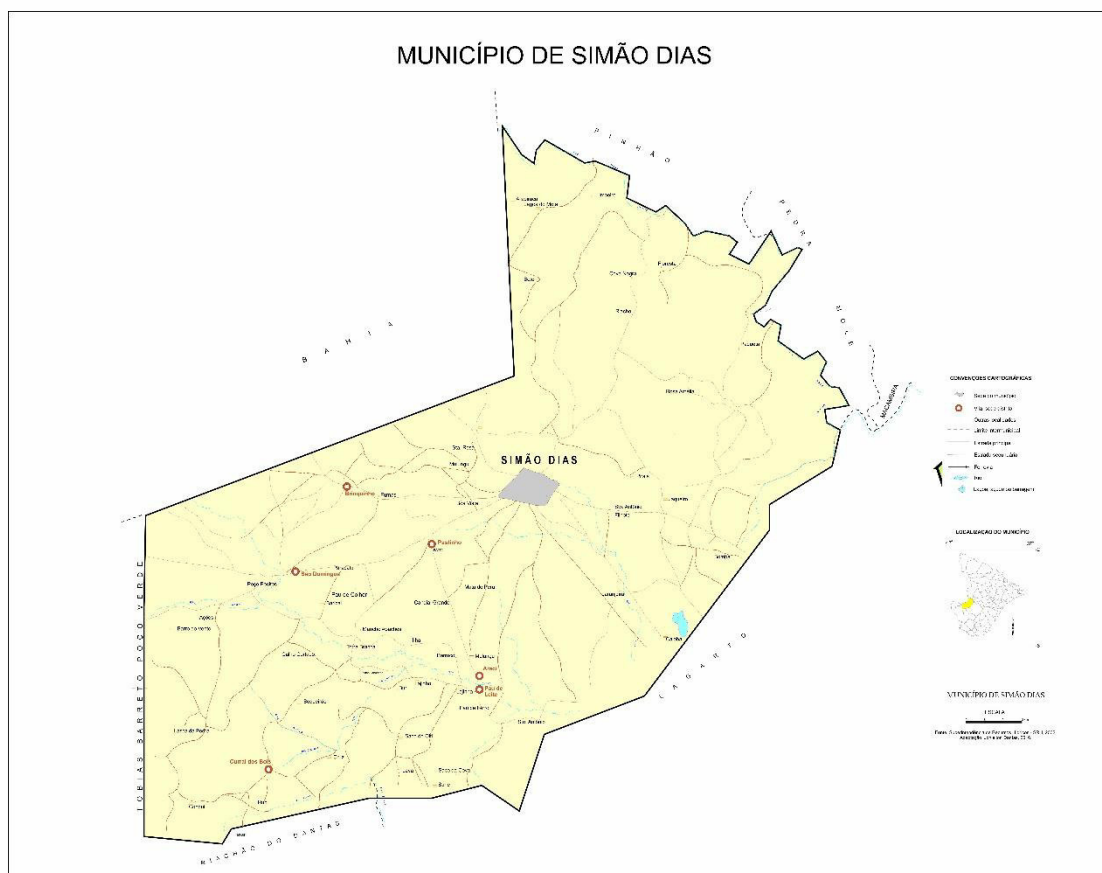
### 3 METODOLOGIA

Com a finalidade de responder aos objetivos específicos para esta pesquisa, apresenta - se a trajetória metodológica que será utilizada para o seu desenvolvimento no campo empírico.

#### 3.1 Caracterizações da Área de Estudo

Esta pesquisa foi desenvolvida no município de Simão Dias / SE. Segundo o IBGE, o Município possui uma população estimada em 2018 de aproximadamente 40.486 habitantes, e disponibiliza a estimativa por faixa etária, ainda de 2012, Tabela (1) extensão territorial de 564,690km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 68,49hab/km<sup>2</sup>, 10° 44'20" de latitude Sul e 27° 48'33" de longitude W." Distância 85 km em linha reta, da capital do Estado, e se encontra na 28° posição estadual localizado na Região: Oeste de Sergipe.

**Figura 1:** Localização da área de estudo



**Fonte:** Jonielton Oliveira Dantas, 2016.

O campo empírico constituiu-se de quatro Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizadas nos povoados: Curral dos Bois, Triunfo, Salobra e Pastinho. No município há 12 (doze) Equipes de ESF, sendo que 5 (cinco) destas estão na zona urbana e 7 (sete) na zona rural. A escolha das quatro equipes que atende a esses povoados se deu pelo fato de serem as únicas que estão completas<sup>2</sup>, incluindo o acompanhamento de saúde bucal, o que representa uma assistência mais abrangente e também por serem as mais distantes da zona urbana e com maior extensão rural no município.

### 3.2 Classificações ou tipologia

Trata-se de uma abordagem mista de natureza quali-quantitativa, sendo que os dados quantitativos limitam-se aos aspectos populacionais e dados referentes à saúde dos usuários do SUS e a abordagem qualitativa contempla os objetivos que a pesquisa pretende alcançar. O pesquisador que toma essa abordagem para construção do seu trabalho é norteado a analisar os dados em sua plenitude, priorizando e respeitando as informações para registrar ou transcrevê-las fidedignamente.

Nessa direção, a importância da abordagem se infere nas informações prestadas pelos atores sociais presentes durante a realização desta pesquisa, pois trazem em suas impressões as diferentes vivências e as situações cotidianas. Logo, é a partir desse momento que a pesquisa qualitativa materializa-se em sua essência, permitindo visualizar os significados e sentidos sobre os questionamentos, por exemplo, perceber as angústias, crenças, valores e perspectivas dos profissionais e usuários em relação aos serviços de saúde/ambiente.

A abordagem qualitativa descreve e interpreta os fenômenos com foco no mundo de significados possível de investigação contrastada com a prática dos sujeitos sociais.

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. [...] este tipo de método além de desvendar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a criação de

---

<sup>2</sup> No que se referem aos requisitos da equipe contar no seu quadro de atuação diferentes tipos de profissionais na ESF.

novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2014, p.57).

Minayo (2010) orienta que a entrevista com abordagem qualitativa reúne fontes, informações permeadas por distinta natureza de dados, objetivos adquiridos por outras fontes e consequentemente subjetivos em que o pesquisador poderá intervir ampliando e produzindo novas informações.

### 3.3 Amostragem

O universo da pesquisa foi composto por 70 (setenta) povoados e por 12 (doze) Equipes de Saúde da Família (ESF) do município de Simão Dias/SE, a saber: médico, enfermeira, técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem, agente comunitários de saúde, dentista e técnico em consultório dentário.

Inicialmente, a pesquisa contou com o público-alvo de 58 (cinquenta e oito) profissionais de saúde, distribuído por quatro equipes de saúde da família do município para fazer parte da pesquisa.

As equipes contabilizam 04 (quatro) Médicos, 04 (quatro) Enfermeiros, 04 (quatro) Técnicos de enfermagem, 03 (três) Dentistas, 03 (três) Técnicos em consultório dentário e 37 (trinta e sete), Agentes Comunitários de Saúde que fazem a cobertura de 33 (trinta e três) povoados.

Foram escolhidos aqueles que se dispuseram a aceitar o convite, no total de 24 (vinte e quatro) profissionais entre homens e mulheres. Para chegar a essa amostragem, o critério de inclusão foi o tempo de experiência 12 (doze) meses e que tem como objetivo o modelo assistencial de atenção primária pautado na prevenção e promoção da saúde da comunidade em que está inserido.

Por outro lado, o critério de exclusão se deu de modo similar, no sentido que há muitos contratos temporários e alguns profissionais não estarem seguros quanto à temática para colaborarem com a pesquisa. Dessa forma ficaram de fora 34 (trinta e quatro) profissionais. Também, participaram da amostragem 35 (trinta e cinco) usuários, escolhidos aleatoriamente no momento que estavam sendo atendidos por estes profissionais, conforme demonstra o quadro nº 01 e nº 02.

**Quadro 01-** Profissionais Cadastrados nas áreas escolhidas

<b>EQUIPES</b>	<b>USUÁRIOS CADASTRADOS</b>	<b>NUMÉROS DE PROFISSIONAIS</b>
Equipe de Saúde 1	3.120	13
Equipe de Saúde 2	3.332	15
Equipe de Saúde 3	3.432	15
Equipe de Saúde 4	3.321	15

**Fonte:** Secretaria Municipal de Simão Dias/ SE, 2018.

**Quadro 02-** Usuários e as comunidades atendidas pelo SUS

<b>Comunidades</b>	<b>Pessoas Atendidas</b>	<b>Usuários participantes</b>
Curral dos Bois 1	18	11
Salobra 2	30	7
Triunfo 3	30	11
Pastinho 4	20	6
Total	98	35

**Fonte:** Pesquisa de Campo 2018.

Perceber o ambiente como um determinante da saúde é imprescindível na questão da prevenção, pois a saúde e o ambiente estão imbricados em um processo que definem a qualidade de vida da população, desta forma, demonstra a importância do profissional ser informado sobre os problemas ambientais da comunidade para que assim possam atuar em práticas em saúde.

### 3.4 Procedimentos Metodológicos

A coleta de dados ocorreu nos povoados Curral dos Bois, Triunfo, Salobra e Pastinho, pertencentes ao município e nas dependências das Clínicas de Saúde da Família situado na sede do mesmo, após a autorização das equipes e dos usuários atendidos no momento da realização da pesquisa.

Após essa primeira abordagem, foi explicitada que o pesquisador se encontrava à disposição, no que tange a disponibilidade dos participantes no seu local de trabalho, dias, horários e assim estarem à vontade para fazer apontamentos quanto ao tempo disponível devidamente agendado.

Dessa forma, utilizou-se a entrevista semiestruturada por meio de um roteiro com perguntas abertas, e gravação das mesmas, aplicada a cada um dos integrantes da equipe de saúde da família e a cada usuário (apêndice D).

Após a coleta, os dados foram categorizados e agrupados em eixos com o objetivo de facilitar as discussões; a análise e interpretação dos dados que ocorreram sob à luz da perspectiva da Análise Textual do Discurso (ATD) defendida por Moraes e Galiazzi (2011), que caracteriza-se por um processo de comparação constante entre as unidades definidas na etapa inicial de análise, levando ao agrupamento de elementos semelhantes. Pois,

pode ser compreendida como um processo auto-organizado de construção de compreensão em que novos entendimentos emergem de uma seqüência recursiva de três componentes: desconstrução do corpus, a unitarização, o estabelecimento de relações entre os elementos unitários, a categorização, e o captar do novo emergente em que nova compreensão é comunicada e validada (MORAIS, p.192).

De acordo com algum critério, em razão dos objetivos do trabalho, constroem-se as categorias por meio dos elementos semelhantes, sendo que, a todo o momento, elas podem ser modificadas e reorganizadas num processo em espiral. Os autores ainda afirmam que as categorias não ficam concluídas de imediato, exigindo um retorno aos mesmos elementos para sua gradativa elaboração.

Desse modo, o pesquisador precisa avaliar constantemente suas categorias em termos de sua validade e pertinência. Sobre a ATD os autores definem como “[...] uma abordagem de análise de dados que transita entre duas formas consagradas de análise de pesquisa qualitativa, que são a análise de conteúdo e análise de discurso (MORAES; GALIAZZI, 2006, p. 118).

De forma mais específica, essa análise ocorre na primeira etapa com a unitarização, momento este em que será pautado a leitura com muito cuidado e profundidade dos dados obtidos com o olhar para as unidades de significados das questões. Entretanto, é uma oportunidade em que o pesquisador está de frente com seus dados e que requer mais proximidade possível para dar prosseguimento a próxima fase.

Nesse quesito está diante de diferentes respostas e identificar as atividades realizadas no processo saúde/ambiente merece um olhar mais dedicado para que seja diferenciado para uma interpretação e compreensão mais qualificada da realidade vivida e presenciada para o



entendimento da atuação das equipes e dos usuários, e compreendendo assim, se os participantes têm alguma aproximação com a relação saúde-questão ambiental e quais as intervenções executadas pelos mesmos.

Na fase seguinte, deu-se a categorização dos dados em suas unidades de significado ocorrido na fase anterior, em que identificou-se os elementos repetitivos. Em que é definido como um “processo de comparação constante entre as unidades identificadas no processo inicial de análise, levando ao agrupamento de elementos semelhantes” (MORAES, 2003, p. 197). Assim, a categorização da análise dos dados deu-se através de um movimento construtivo de uma ordem diferente do original.

Fazendo parte dessa fase, o processo de categorização das unidades dos significados em que foram distribuídas por três momentos de análises a saber: 1º) validade ou pertinência; 2º) homogeneidade; e 3º) a não exclusão mútua dos dados.

Destarte, o primeiro momento referiu-se ao conjunto de categorias já estruturados, interpretados, seguindo os objetivos, sendo assim, os dados foram validados de acordo com a pertinência das ideias defendidas na abordagem teórica da pesquisa. O segundo momento consolidou-se com a homogeneidade do conjunto das categorias, a partir da mesma lógica, possibilitando o surgimento de outras categorias e subcategorias, porém mantendo a homogeneidade entre elas. A “exclusão mutua”, fecha o ciclo da categoria dos dados, nesse momento, ou seja, poderá está em mais de uma categoria com significados diferenciados.

A fase final para fechar o ciclo da análise textual se dá na produção e na fundamentação teórica da pesquisa que ocorreu mediante a realização de pesquisas bibliográficas e documental através de livros, periódicos, revistas especializadas, legislações, publicações na internet e registros fotográficos.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo apresenta as discussões sobre os dados obtidos junto as quatro Equipes das Estratégias de Saúde da Família (ESF) as quais participaram da pesquisa, essas equipes realizam a cobertura de 33 povoados localizados no município de Simão Dias/SE.

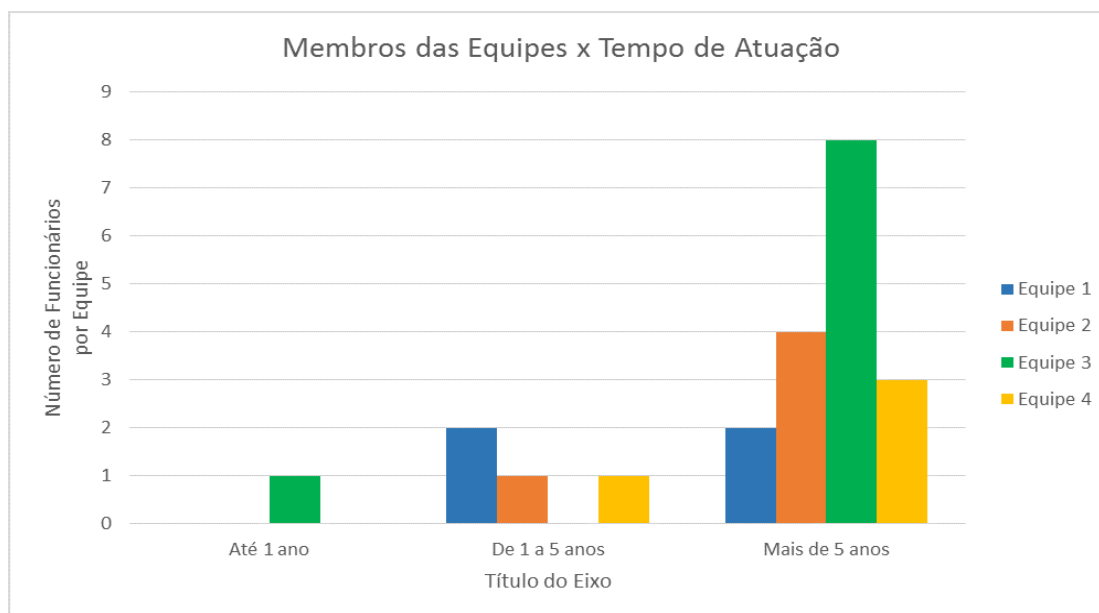
A coleta de dados ocorreu durante os meses de Fevereiro e Março do corrente ano e para tanto, utilizou-se a técnica da entrevista através de um roteiro semiestruturado com 58 componentes das citadas equipes e 35 (trinta e cinco) usuários atendidos no momento da pesquisa, assim elencados: quatorze agentes comunitários de saúde, um médico (a), quatro técnicos (as) de enfermagem, um (uma) técnico (a) de consultório dentário e quatro enfermeiros (as). As entrevistas aconteceram parte com os profissionais das equipes e a outra parte com a comunidade.

### 4.1. As ações dos profissionais da atenção primária e a sua relação com questões socioambiental

As informações sobre as ações dos/das trabalhadores/as que atuam na atenção primária do município de Simão Dias serão apresentadas a partir dos eixos gerados no roteiro semiestruturado da entrevista que tem um objetivo didático para uma melhor compreensão do leitor, uma vez que as reflexões de cada eixo apresentam relações entre si. Desse modo, objetivou-se elaborar um perfil mais geral das equipes de saúde da família, as primeiras questões abordaram aspectos fundamentais da experiência e através dessa, delineamos a atuação de cada equipe no que tange as questões socioambientais presentes nas referidas comunidades.

Dessa forma, tornou-se possível verificar que há um nivelamento em relação ao tempo de serviço entre as quatro equipes exceto a equipe 3, que atua há mais tempo, o que a destaca das demais em virtude de possuir mais experiência na sua área, e desse modo, tem a confiança e credibilidade da população usuária por estar desenvolvendo ações com participação interdisciplinar dentro da saúde coletiva aproximando-se para enfrentamento dos problemas ambientais como podemos verificar no gráfico 01.

**Gráfico 01:** Relação entre os membros das equipes de saúde e o seu tempo de atuação.



**Fonte:** Elaborada pela pesquisadora, 2018

O gráfico 02, traz informações sobre os problemas ambientais encontrados pelas equipes, bem como as doenças verificadas em decorrência desse processo. Dentre os problemas ambientais encontrados nas comunidades os que mais se destacam referem-se à ausência de tratamento de água, seguida da falta de coleta de lixo, fossas à céu aberto e presença de queimadas. As doenças encontradas decorrentes desses problemas foram esquistossomose, dengue, micoses, verminoses e entre outras.

Nesse aspecto, a questão ambiental deve ser estendida no processo de assistência à saúde diuturnamente, pois desta forma amplia o conhecimento que se tem, sobre as comunidades, aliando-se as práticas socioambientais. Nessa direção, LEFF (2010) reflete que a degradação socioambiental está imbricada por processos, seja de ordem física ou social.

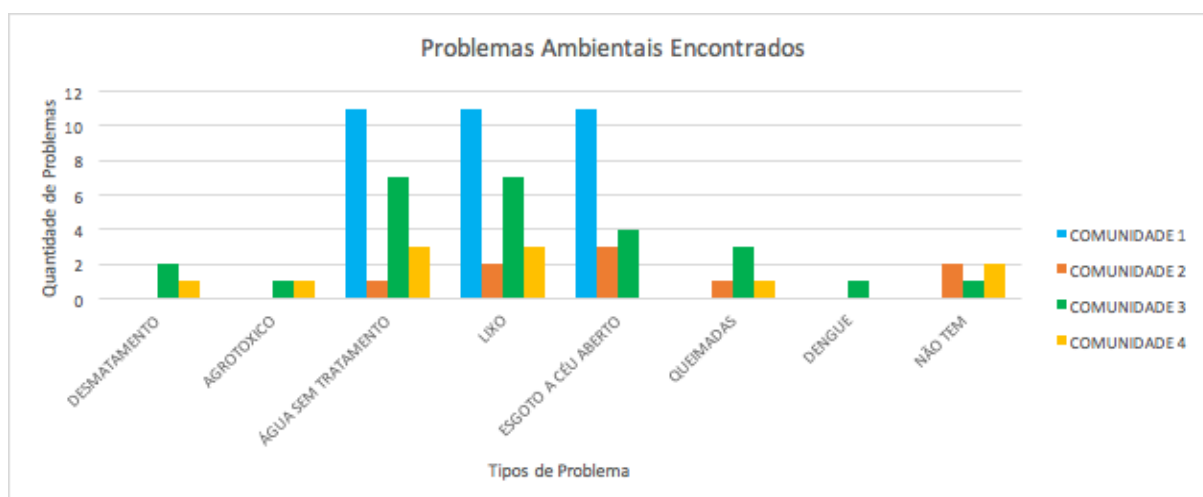
Desse modo, os aspectos que circundam a saúde têm em bojo os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Logo, esses princípios se constituem uma preocupação contínua na busca de melhoria da qualidade vida da comunidade. Nesse caminho, proporciona a população a partir dos princípios de promoção, prevenção e recuperação a saúde, especialmente para evitar o surgimento de doenças e agravos à saúde.

Dentro deste contexto, as questões relacionadas ao meio ambiente e a educação ambiental têm um laço forte com as práticas em saúde. Isso por sua vez, exige a integração de todas as áreas e de todos os setores governamentais e não governamentais, o que se evidencia e legitima a redução de riscos à população e a degradação do ambiente. Por outro lado, é

indispensável que a proteção ao meio ambiente esteja comumente na pauta das ações dessas equipes, articuladas às políticas públicas, poder público, sociedade e participação da própria comunidade. Nesse seguimento, “considera-se que a Educação Ambiental e a Promoção da Saúde são fundamentais para a manutenção de boa qualidade onde começa na escola e dissemina-se na comunidade” (SOUZA; PARDO; ISRAEL, 2015).

Contudo, a assistência à saúde é, sobretudo, intersetorial. Isso porque, as ações dos profissionais, bem como as questões ambientais, não dependem somente do setor da saúde. É necessário haver uma articulação das políticas públicas relacionadas à saúde, ao meio ambiente, a infraestrutura, a cultura local e geral e ao envolvimento dessas áreas no tocante as questões ambientais.

**Gráfico 02:** Problemas Ambientais encontrados nas comunidades estudadas.



**Fonte:** Elaborada pela pesquisadora, 2018

A realização de ações ambientais em saúde sugere que haja planejamento e elaboração de sua execução, diante do comportamento com o meio em que vivemos. É necessário que o homem estabeleça uma relação harmônica com o meio ambiente por meio da Educação Ambiental para sensibilizar, aprender e se responsabilizar nos enfrentamentos que as questões exigem na contemporaneidade. No entanto, torna-se pertinente informar que partes dessas questões ambientais têm como fator principal, a falta de saneamento básico, entendido como:

Por saneamento entende-se um conjunto de ações integradas, que envolvem as diferentes fases do ciclo da água e compreende: a captação ou derivação da água, seu tratamento, adução e distribuição, concluindo com o esgotamento sanitário e a efusão industrial. O atraso no desenvolvimento de políticas públicas de saneamento tem como

um de seus principais fatores o longo adiamento da discussão aqui empreendida. O estudo ora desenvolvido procura delimitar a competência da União, dos Estados e dos Municípios na matéria, sobretudo visando-se à definição da entidade federativa competente para a prestação dessa espécie de serviço, conforme o caso (BARROSO, p. 2, 2002).

O gráfico 03, apresenta as ações de saúde propostas pelas equipes para beneficiar as comunidades, no tocante aos aspectos socioambientais, pois, a partir das análises das respostas evidenciou-se que as atividades que envolvem palestras e Visitas Domiciliares (VD), são as mais utilizadas principalmente pelas equipes 3 e 4.

As palestras possuem uma dinâmica diferente que envolvem a participação de outros profissionais, com recursos didáticos não utilizados no cotidiano e conseqüentemente, gera um debate coletivo em que a comunidade pode manifestar e trocar ideias como sujeitos ativos e participativos.

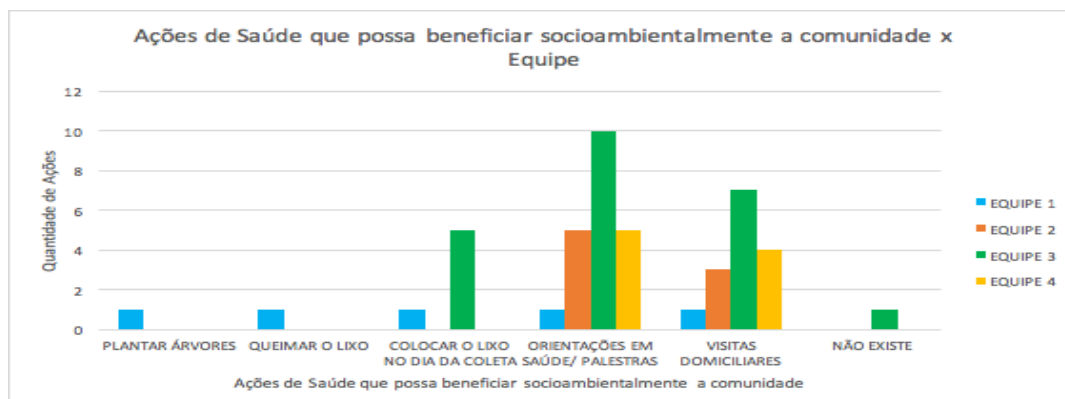
As Visitas Domiciliares (VD) foram citadas por todas as equipes como uma ação importante para conscientização relacionada ao processo de saúde e meio ambiente. A VD configura-se como uma oportunidade das equipes conhecerem as famílias e as comunidades onde estão inseridas.

Deste modo, através deste dialogo são discutidas ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde, sendo necessária a devida preparação dos profissionais acerca de conhecimentos diversos, que envolvem inclusive a questão ambiental em suas atividades dentro de seus respectivos campos.

A VD possui diferentes funções tais como: educação em saúde, busca ativa de pacientes faltosos e identificação de problemas que afetam o ambiente e a saúde, por esse motivo revelou-se como uma das estratégias citadas por todas as equipes em estudo. Os profissionais, a partir do primeiro contato criam fortes vínculos com as famílias o que proporcionam uma atuação educativa, bem como assistencial.

A partir da convivência com a realidade dessas famílias, as equipes identificam as condições socioeconômicas, culturais, níveis de escolaridade dessa forma, adquirem conhecimento sobre os determinantes sociais e ambientais daquele sujeito, família e comunidade em geral, conforme gráfico 03.

**Gráfico 03:** Ações de Saúde que possam beneficiar socioambientalmente a comunidade x Equipe de Saúde da Família



**Fonte:** Elaborado pela pesquisadora, 2018.

Comumente, observa-se uma relação população-ambiente resultante de fatores positivos e negativos na perspectiva de saúde e questões ambientais. O crescimento territorial, configura-se como um dos motivos para o surgimento da degradação do ambiente e desse modo, traz consequências como o surgimento de doenças ao homem bem como prejuízos quanto ao seu habitat. Corroborando com essa ideia Pignatti (2003), afirma que:

O surgimento de novos agentes de doenças é resultado das mudanças sociais e ambientais ao longo da história humana, fazendo com que os patógenos sejam capazes de adquirir acesso a novas populações hospedeiras ou de se tornarem mais virulentos em indivíduos comprometidos imunologicamente. As doenças infecciosas são, portanto, marcadores de processos ecológicos nas quais participam ao menos duas populações, a do hospedeiro e a do parasita e, frequentemente, várias outras, entre vetores e reservatórios. (PIGNATTI, 2003, p. 140).

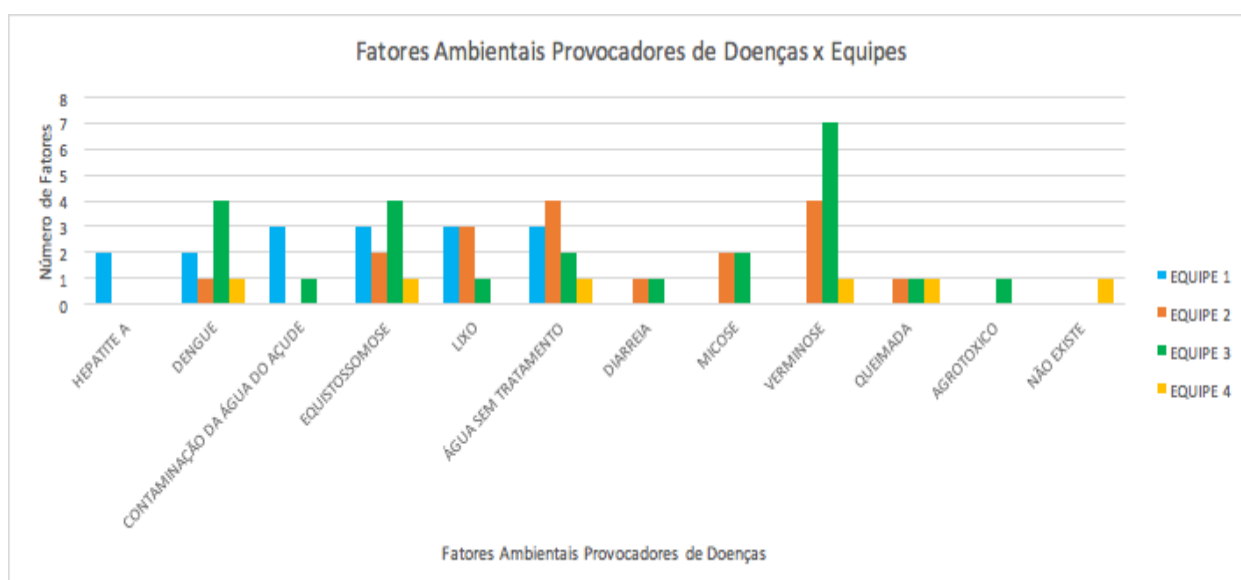
Nesse cenário, as informações contidas no gráfico 03, refletem como a população está contribuindo para que seu ambiente torne-se saudável e não seja poluído, essas preocupações de quanto o homem interfere no ambiente com suas ações, colaboram para o surgimento e o agravamento de doenças infecciosas e emergentes. E dentre esses fatores, podem ser citados, aspectos demográficos, sociais, políticos, econômicos e ambientais relacionados ao desempenho da área da saúde. Assim é imprescindível ressaltar que:

II - Integralidade, compreendida como o conjunto de todas as atividades e componentes de cada um dos diversos serviços de

saneamento básico, propiciando à população o acesso na conformidade de suas necessidades e maximizando a eficácia das ações e resultados; III - abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo dos resíduos sólidos realizados de formas adequadas à saúde pública e à proteção do meio ambiente (BRASIL, 2007).

No que se refere os fatores ambientais provocadores de doenças, observa-se no gráfico 04, que as doenças evidenciadas nas comunidades foram verminose, esquistossomose e a dengue. Sabendo-se que parte dessas doenças se devem principalmente a falta de saneamento básico que abrange outras estruturas como coleta e tratamento de esgoto, de água e do lixo.

**Gráfico 04:** Fatores Ambientais provocadores de doenças



**Fonte:** Elaborado pela pesquisadora, 2018.

Conforme o Relatório Anual de Gestão do ano de 2018, produzido pela Secretaria Municipal de Saúde local, o município possui programas de controle de verminose, esquistossomose, dengue e entre outros. Durante o período equivalente aos meses de Janeiro a Abril, dez localidades do referido município, foram atendidas através deste programa de esquistossomose, conforme o quadro 3 e figuras 2 e 3.

Foram realizados 2.470 (dois mil quatrocentos e setenta) exames parasitológicos de fezes, distribuídos da seguinte forma:

- Pov. Triunfo 417 (quatrocentos e dezessete) exames realizados, com 02 positivos com schistosoma mansoni, 02 tratados.

- Pov. Salobra 662 (seiscentos e sessenta e dois) exames realizados, 03 positivos com schistosoma mansoni, 02 tratados.
- Pov. Pau de Leite 140 (cento e quarenta) exames realizados, com 06 positivos com schistosoma mansoni, 04 tratados.
- Pov. Candeal Grande 153 (cento e cinquenta e três) exames realizados, 03 positivos com schistosoma mansoni, 02 tratados.
- Pov. Barroca 53 (cinquenta e três) exames realizados, 01 positivo com schistosoma mansoni, 01 tratado.
- Pov. Pau de Colher 339 (trezentos e trinta e nove) exames realizados, 01 positivo com schistosoma mansoni, 01 tratado.
- Assentamento Fabiana 23 (vinte e três) exames realizados, 01 positivo com schistosoma mansoni, 00 tratado.
- Pov. Curral dos Bois 365 (trezentos e sessenta e cinco) exames realizados, 09 positivos com schistosoma mansoni, 00 tratados.
- Pov. Lajinha 154 (cento e cinquenta e quatro) exames realizados, 03 positivos com schistosoma mansoni, 00 tratados.
- Pov. Paracatu de Baixo 164 (cento e sessenta e quatro) exames realizados, 00 positivos.

É importante destacar, que o Praziquantel (600 mg) é utilizado como medicação, o qual é fornecido ao programa pela Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe, contando com o auxílio de enfermeiras do município no processo de administração da mesma. Durante esse período foram realizadas pesquisas malacológicas em todas as localidades trabalhadas, como apresentado no quadro nº 03.

**Quadro 03** - Demonstrativos das atividades de esquistossomose em Simão Dias de janeiro a abril de 2018.

Localidades	População Trabalhada	Exames Realizados	Amostra Não Recolhida	Positivo	Pessoas Não Tratadas	Medicados	Cápsulas Utilizadas	Prevalência (Total %)
Pov. Triunfo	607	417	190	2	-	2	8,0	0,32%
Pov. Salobra	855	662	193	3	1	2	7,5	0,35%
Pov. Pau de Leite	196	140	56	6	2	4	21,5	3,06%



Pov. Candeal Grande	194	153	41	3	1	2	7,0	1,54%
Pov. Barroca	58	53	5	1	-	1	5,5	1,7%
Pov. Pau de Colher	409	339	70	1	-	1	7,0	0,24%
Assentamento Fabiana	26	23	3	1	-	-	-	3,8%
Pov. Curral dos Bois	417	365	53	9	-	-	-	2,15%
Pov. Lajinha	172	154	19	3	-	-	-	1,74%
Pov. Paracatu de Baixo	212	164	49	-	-	-	-	0%
Total	3.146	2.470	676	29	4	12	56,5	14,9%

**Fonte:** Secretaria Municipal de Saúde, Vigilância Epidemiológica, 2018.

Dessa forma, evidencia-se que dos quatros povoados pesquisados apenas um não possui água encanada, na qual a comunidades consome água do tanque de chão e de poços artesianos, conforme a figura 4. No entanto, ressalta-se que os riscos à saúde em relação à água podem ser representados por três linhas. Na ingestão de água contaminada por bactérias e parasitas, contato direto e ao mesmo por meio de insetos vetores que utilizam a água para se reproduzir, como é o caso do *Aedes Aegypti*, popularmente chamado de “mosquito da dengue”. Como podemos visualizar na figura 2.

**Figura 2:** Presença de animais nos leitos dos tanques de chão em uma das comunidades estudadas.



**Fonte:** Foto retirada em atividade de campo, 2018.

**Figura 3:** Presença de caramujo no leito do tanque de chão encontrado na comunidade Curral dos Bois, principal agente transmissor da esquistossomose.



**Fonte:** Foto retirada em atividade de campo, 2018.

**Figura 4:** Utilização da água de açudes e poços artesianos na comunidade Curral dos Bois



**Fonte:** Foto retirada em atividade de campo, 2018.

**Figura 5:** Presença de lixo e degradação dos leitos dos tanques de chão na comunidade Curral dos Bois.



**Fonte:** Foto retirada em atividade de campo, 2018.

Segundo informações da Secretaria de Saúde do município de Simão Dias e das equipes de estratégia de saúde realizam ações em conjunto com as vigilâncias Epidemiológica e Sanitária, a Vigilância Sanitária coleta amostra de água para análise de controle, em que, realizam apenas 25 (vinte e cinco) coletas de água ao mês que são enviadas para o Laboratório estadual “LACEM”, todas as coletas dependem dos insumos disponibilizados pelo próprio “LACEM”. porém, até o mês de março alcançou apenas 63 (sessenta e três) coletas, atingindo 84% de cobertura e faltando 16% devido à falta de insumos.

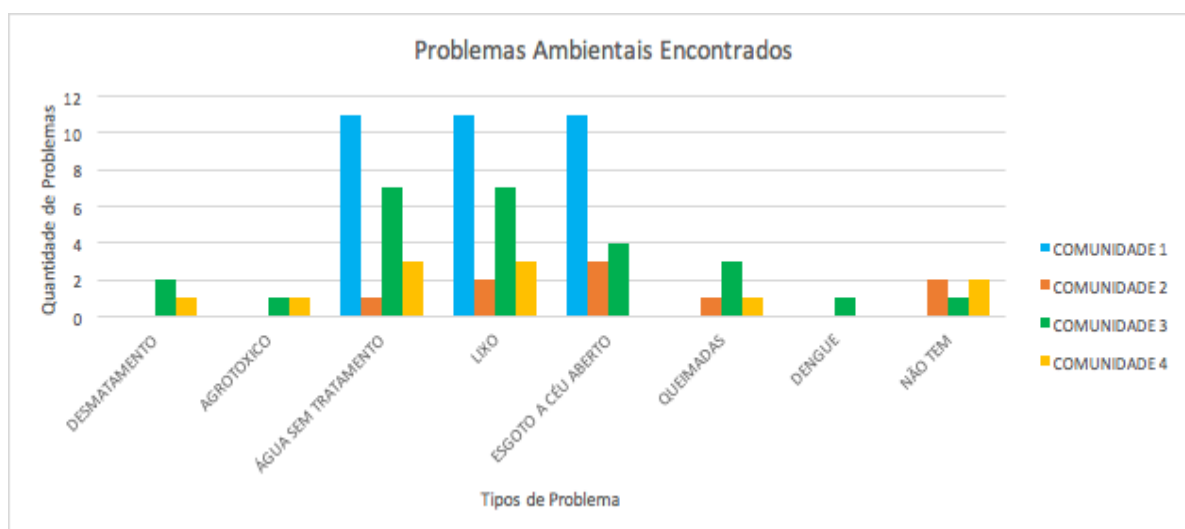
Quanto ao esgoto doméstico, o qual possui microrganismos patogênicos como bactérias, vírus e protozoários, deve-se uma maior atenção quando não tratado, pois a comunidade pode contrair doenças do trato gastrointestinal, cólera e hepatite. Com isto, observou-se que houve um caso de hepatite encontrada na área que a equipe 1 atua, em decorrência de doenças ocasionadas pelo destino inadequado de dejetos humanos são diversos.

Ao responder os questionamentos, as equipes destacaram a incidência da esquistossomose e verminose, sendo os resíduos sólidos, considerados como um dos fatores que provoca a doença e são alvo de prevenção na abordagem de assistência à saúde, por atrair

insetos, mosquitos, baratas e ratos. Esses vetores acabam transmitindo doenças e afetam o meio ambiente de modo que a atuação da assistência à saúde deve ser constante e as equipes de saúde da família têm a atribuição de identificar e prevenir, bem como informar ao poder público as necessidades locais, ou seja, não depende apenas das equipes, comunidade ou políticas públicas, mas da participação de todos em prol da qualidade de vida.

Quando foram indagadas sobre as questões ambientais (Gráfico 05) referentes às comunidades durante as visitas diárias, todas as equipes responderam positivamente, porém, apontaram que não dispunham de conhecimentos suficientes para a prática de algumas ações, justificando a necessidade de parcerias com profissionais especializados no tema para a realização de intervenções mais precisas e de qualidade. E que durante o processo de formação, devem ser inclusos diversos cursos referente às questões ambientais, principalmente em fase continuada, como destacado no gráfico nº 05.

**Gráfico 05:** Problemas ambientais encontrados nas comunidades estudadas



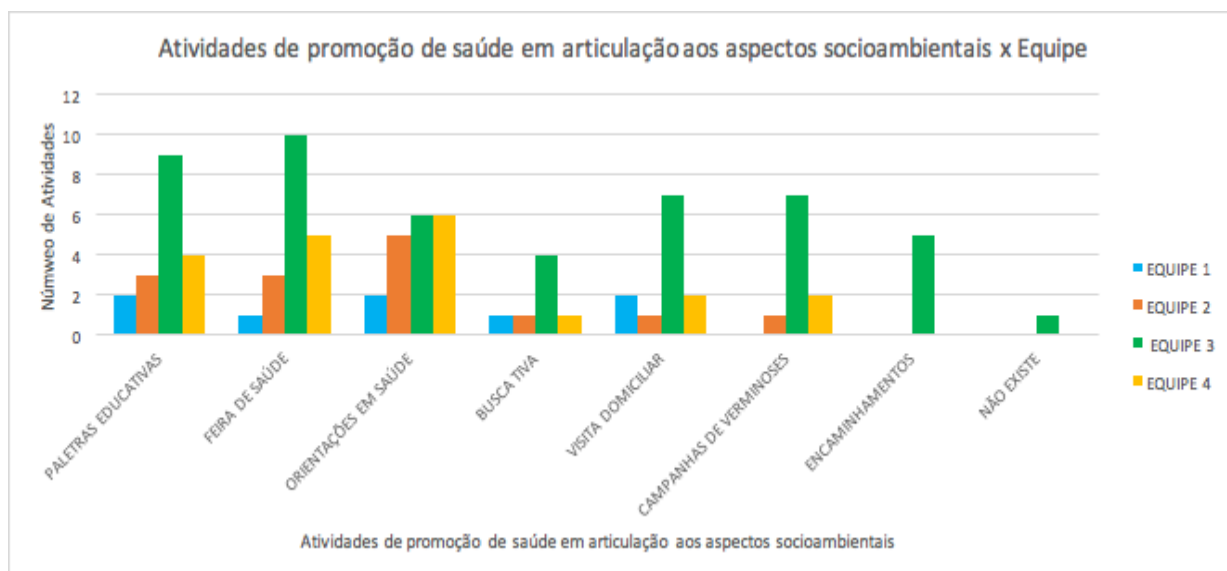
**Fonte:** Elaborada pela pesquisadora, 2018.

Destarte, que as atividades de assistência à saúde têm atingido uma dimensão significativa da população, pois objetivam promover a qualidade de vida com a prevenção de doenças. Além do mais, usa como ferramenta principal a oralidade, o discurso como recurso de interação.

No gráfico 06, consta as atividades apontadas pelos profissionais como recurso de informação às comunidades. As equipes responderam que ações são realizadas através de

palestras e feiras de saúde. Tais ações estão dentro de uma perspectiva que podem ser incluídas as atividades socioambientais, pois atingem parte significativa do público.

**Gráfico 06:** Atividades de promoção de saúde em articulação aos aspectos socioambientais



**Fonte:** Elaborada pela pesquisadora, 2018.

Todavia, as equipes têm buscado a partir da atenção primária se esforçar ao máximo para estabelecer estratégias de informação à comunidade em que atuam. Contudo, entende-se que os agravos à saúde têm larga relação com os problemas ambientais, e isto se deve ao fato de que o homem faz e compromete a sua própria saúde e causa o desequilíbrio do meio ambiente.

Conforme observou-se com a referida pesquisa, todas as atividades propostas por essas equipes resultam na criação de vínculo entre a comunidade e as equipes, assim torna-se um elo de ligação entre comunidade e Secretaria Municipal de Saúde, valendo-se de debates sobre os problemas vivenciados por meio de uma linguagem simples, material didático adequado, folheto ilustrativos, panfletagem e exposição de imagens apresentando os aspectos resultantes de promoção e prevenção à saúde além do auxílio para o estabelecimento de noções de Educação Ambiental, conforme é explicitado por Pelicione (2005),

Um dos objetivos da Educação Ambiental é conseguir que os indivíduos e as coletividades compreendam a natureza complexa do meio ambiental natural e do meio criado pelo homem, resultante da



interação de seus aspectos biológicos, físicos, sociais, econômicos e culturais, e que adquiram conhecimentos, valores, comportamentos e habilidades práticas para participarem, com responsabilidade e eficácia, da prevenção e soluções dos problemas ambientais e da gestão da qualidade do meio ambiente (PELICIONI, 2005, p. 370).

Entretanto, por mais que as atividades não contemplem todas as formas para atingir o objetivo da prevenção e cuidados que se deve ter com o ambiente em que as comunidades estão inseridas, as equipes das áreas refletem os resultados como positivo, levando em consideração todos os aspectos referentes aos recursos e condições de trabalho que dispõem na promoção da saúde e as questões ambientais.

Nessa direção Wislow (1920) Apud Buss (2003), afirma que:

A promoção da saúde é um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como o desenvolvimento de uma “maquinaria social” que assegure a todos os níveis de vida adequados para a manutenção e o melhoramento da saúde (WISLOW, 1920, p. 23 apud BUSS, 2003).

#### 4.2 Concepção da comunidade a respeito das abordagens em torno das questões socioambientais

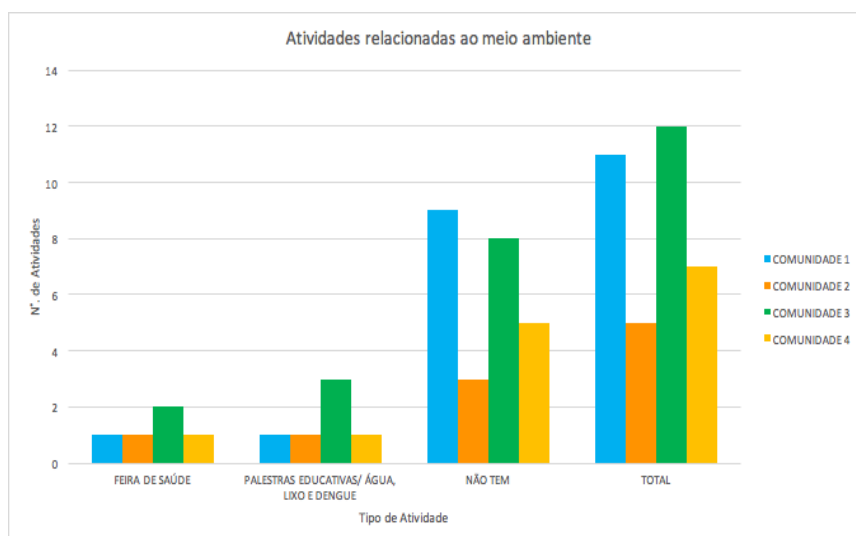
Quando se questionou a comunidade sobre as atividades relacionadas ao meio ambiente realizadas pela equipe, cerca de 54% responderam que não há ações referentes a este aspecto conforme demonstra o quadro 4. Entretanto, os 46% relataram que as equipes realizam essas ações em atividades como: palestras educativas a que abordam sobre os cuidados com a água, com o lixo e a transmissão da dengue. Além disso, responderam também que as equipes buscam realizar feiras de saúde, em que enfermeiras e agentes de saúde fazem a mobilização em torno da prevenção aos agravos a saúde.

Considerando que os entrevistados da comunidade atuam no campo, eram de se esperar, relatos sobre o uso de agrotóxicos, ocorrência de queimadas ou desmatamento. Entretanto, foi percebido através das respostas que o lixo, o esgoto a céu aberto e água sem tratamento lideraram essas preocupações apresentadas nas figuras de nº 4 e 5.

Entende-se que as comunidades do campo passam por transformações velozes, porém, os mecanismos que devem ser ativados para acompanhar essas mudanças estão a

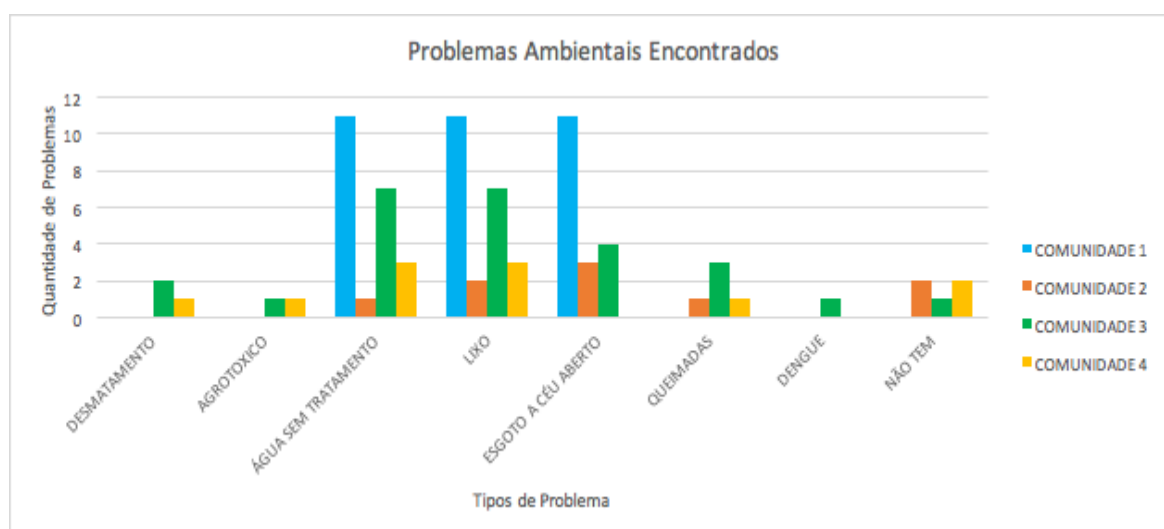
passos lentos. Isso se deve ao fato do poder público não viabilizar saneamento básico adequado, como a coleta de lixo em dias e horários determinados, por exemplo. O acúmulo do lixo favorece e atrai o mal cheiro, bichos e quando em tempos de chuva escorre até rios, açudes e tanques, agravando a saúde e meio ambiente, como apresentado nas figuras de nº 2 e 5.

**Gráfico nº 07:** Atividades relacionadas ao meio ambiente



**Fonte:** Elaborado pela pesquisadora, 2018.

**Quadro nº 08:** Problemas ambientais encontrados nas comunidades



**Fonte:** Elaborado pela pesquisadora, 2018.

Em relação a questão do tratamento de esgoto, constatou-se a através da análise que a falta de estrutura e de saneamento básico é muito presente, principalmente na comunidade 01, que realçou a importância do tratamento de água com cloro; queima o lixo e procurar ter cuidado com a dengue.

É sabido que o esgoto a céu aberto quando lançado na natureza provoca vários impactos ambientais de modo que as águas dos rios, tanques, açudes e lagoas ficam poluídas, os peixes ficam em risco e a água não pode ser aproveitada para beber, tomar banho e cozinhar, sem contar o mal cheiro que é proporcionado por este tipo de poluição.

A lei do Saneamento Básico prevê em sua legislação que:

[...] abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo dos resíduos sólidos realizados de formas adequadas à saúde pública e à proteção do meio ambiente;

articulação com as políticas de desenvolvimento urbano e regional, de habitação, de combate à pobreza e de sua erradicação, de proteção ambiental, de promoção da saúde e outras de relevante interesse social voltadas para a melhoria da qualidade de vida, para as quais o saneamento básico seja fator determinante (BRASIL, 2007).

Como já foi frisado ao longo da pesquisa, as ações da ESF dependem de outros fatores determinantes como trabalhar com a interdisciplinaridade, bem como contar com o poder público e as políticas públicas para desenvolver as atividades diárias com mais dignidade para os mesmos e para a população. Logo, entre seus princípios fundamentais, refletem a necessidade da comunidade, bem como amparar na prática, os trabalhadores em questão, para que tenham mais apoio e condições para promover e prevenir a população em relação ao humano e ambiente em que vivem. Pois, “[...] todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sua qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade, o dever de defendê-lo para as presentes e futuras gerações. (BRASIL, 1988).

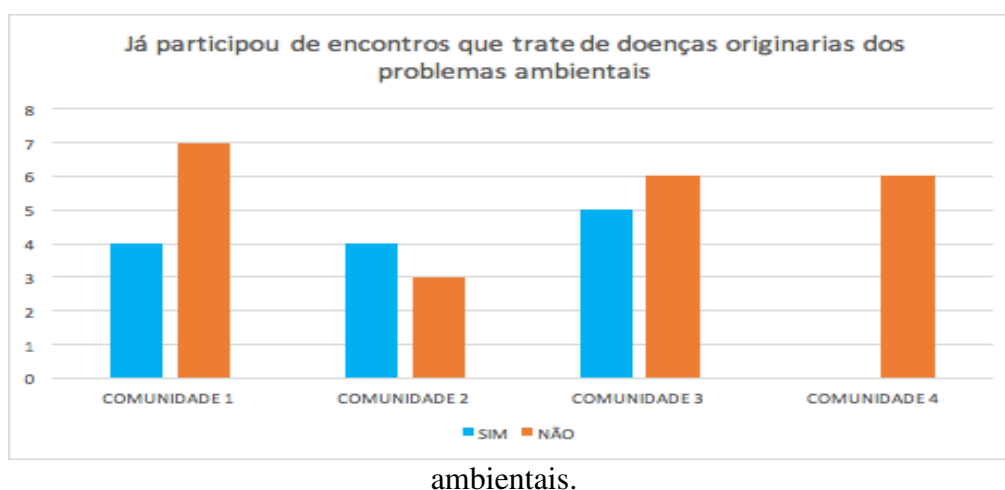
Em conformidade ao que foi proposto pelo questionário, a comunidade respondeu a questões pertinentes a atuação das equipes sobre suas orientações em relação a questão do tratamento de água, lixo e do esgoto, pois, cerca de 90% dos entrevistados, responderam que sim, que há orientações nesse sentido. As ações que mais são desenvolvidas pelas ESF foram especificadas como tratamento da água, queima de lixo e os cuidados de prevenção a dengue



e isto acontece no momento das visitas domiciliares, que ocorrem uma vez por mês em cada residência.

Evidenciou-se também que a principal recomendação utilizada pelas ESF Para o tratamento da água é o uso de hipoclorito<sup>3</sup>, distribuído pelo Ministério da Saúde, que além de desinfetar a água, também serve para lavar os alimentos, e entre outros fins. Quanto a participação em eventos que as equipes realizam quando se trata dos problemas ambientais, cerca de 40% responderam que participam e os outros 60% dizem que não costumam ir.

**Gráfico nº 09:** Participação de encontros que tratam de doenças originárias dos problemas



ambientais.

**Fonte:** Elaborado pela pesquisadora, 2018.

Diante disso, todos os esforços ainda não atingiram o objetivo do trabalho em equipe, pois a participação popular é de suma importância na multiplicação de informações, bem como ter conhecimento necessário para tomada de decisões e atitudes saudáveis para si, para a família e para o ambiente.

Assim, torna-se necessário provocar o senso de responsabilidade de cada um, pois a reflexão conscientiza e é favorável a autonomia do indivíduo, constituindo-se como uma consequência do agir como cidadão participativo e transformador da sua realidade.

---

<sup>3</sup> É um produto obtido da reação do cloro com uma solução diluída de soda cáustica, aquosa e alcalina, que contém entre 10% a 13% de cloro ativo. O produto, que só pode ser usado se for dissolvido em água, serve para desinfetar águas destinadas ao consumo humano, piscinas e em processos de limpeza domésticas e hospitalares. (ANNAP, 2016)

## 5 CONCLUSÕES

A presente pesquisa teve por objetivo geral analisar a efetivação da assistência à saúde no município de Simão Dias na perspectiva socioambiental em relação às questões de saúde. Para tanto, inicialmente apresentou-se brevemente nos primeiros capítulos os aspectos sócios - históricos da política de saúde no Brasil e a sua relação com os usuários do SUS em que as equipes de estratégias da saúde da família encontram-se presente como alternativa para promoção de saúde e as questões socioambientais numa perspectiva interdisciplinar.

Dessa forma, a partir dos resultados obtidos com este estudo realizado de forma empírica com as quatro equipes da estratégia de saúde da família da atenção primária e usuários atendidos pelas equipes do município de Simão Dias-SE, evidenciou-se que os trabalhadores do município oferecem ações voltadas para as questões socioambientais, contudo, não foi identificada uma adesão ampla por parte dos/as trabalhadores/as que compõem a equipe. Por outro lado, verificamos que alguns trabalhadores/as realizam essas ações de saúde ambiental, mais não as reconhecem enquanto espaços de promoção e recuperação ao meio ambiente.

Em outras palavras, há dificuldades para a compreensão por parte de alguns das equipes e dos usuários no que tange a um processo de educação ambiental, tal qual é preconizado pela legislação ambiental e de suma importância para as atividades empreendidas na atenção primária e que estão voltadas para atendimento à saúde da população, ainda que o seu alcance possa ser questionado.

Com relação às ações desenvolvidas pelas equipes de saúde para a efetivação da política de saúde e do meio ambiente, a maioria informou não realizar ações em saúde com ênfase nas questões socioambientais. No entanto, foram identificadas inúmeras ações que demonstram o contrário dessas afirmações, conforme discussões apontadas nos resultados.

No que se refere à articulação entre as equipes e os setores de Atenção Primária, Vigilância Epidemiológica e Sanitária da secretaria municipal de saúde de Simão Dias-SE e que os/as trabalhadores/as relataram sobre a ausência de apoio e participação nas ações socioambientais que na maioria das vezes ficam apenas no papel, conforme foi salientado por uma das equipes estudadas.

No entanto, foi identificado que, mesmo de forma pontual, houve ação em conjunto. Sem contar que os povoados recebem quadrimestralmente visitas de agentes de endemias e

visitas mensais de agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

A comunidade possui atividades relacionadas ao meio ambiente, as quais foram relatadas pelos usuários e tais ações são desenvolvidas através de palestras educativas que abordam os cuidados com a água, lixo e a transmissão da dengue e de outras doenças. Além disso, os usuários usufruem de orientações com a realização das feiras de saúde, visitas em escolas e associações comunitárias, onde as enfermeiras e agentes de saúde fazem a mobilização em torno da prevenção aos agravos à saúde, as quais foram apresentadas ao conselho municipal de saúde, através do relatório de gestão 2018/01.

No ato da pesquisa, indentificou-se que o povoado Curral dos Boi obteve o maior índice de esquistossomose. Vale destacar que apenas essa equipe de saúde tem o programa saúde bucal, enquanto as demais equipes encaminham os usuários para a sede do município para o atendimento de higiene bucal, na qual afeta o desenvolvimento das atividades relacionadas à interdisciplinaridade das equipes em estudo.

Assim, os resultados da pesquisa apontam para a necessidade do poder público de garantir aos usuários do SUS condições favoráveis para que a realização da promoção de ações de cuidado com o ambiente ocorra com a efetiva participação da população enquanto sujeito ativo e crítico em todo o seu processo, envolvendo não somente lideranças comunitárias como também movimentos sociais e a sociedade como um todo.

Dessa maneira, faz-se necessário a realização de um amplo debate com os sujeitos envolvidos com a gestão pública e com os movimentos sociais no sentido de refletir sobre as ações de saúde voltadas às questões socioambientais desenvolvidas junto à população simaodiense.

Por fim, sugere-se a realização de processos investigativos posteriores que venham ampliar e aprofundar os questionamentos aqui expostos, fundamentalmente no que se refere ao enfrentamento da iniquidade em saúde ambiental no marco da sociedade capitalista e em específico junto à população.

## 6 REFERÊNCIAS

- ALMA-ATA 1978. **Cuidados Primários**. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.
- ANDRADE, Maria Margarida de. **Como preparar trabalhos para Cursos de Pós-Graduação: Noções práticas**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.
- BEHERING, E. R.; **Política Social: Fundamentos e História**. São Paulo: Cortez, 2011.
- BOSCHETTI, Ivanete. **Política de Desenvolvimento Econômico e Implicações para as Políticas Sociais**, *SER Social*, Brasília, v. 15, n. 33, p. 261 – 384 jul./dez. 2012.
- BRAVO, Maria I. S.; MENEZES, Juliana S. B. **A Política de Saúde na atual conjuntura: algumas reflexões sobre os governos Lula e Dilma**. In: SILVA, Leticia Batista; RAMOS, Adriana. (orgs). **Serviço Social e Saúde e questões contemporâneas: reflexão crítica sobre a prática profissional**. Campinas, São Paulo: Papel Social, 2013. P. 19-48.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Plano Operativo de Saúde das Populações do Campo e da Floresta 2012/2015**.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- CAMPOS, Gastão W. Sousa. **Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS**. Saúde e Sociedade. vol.15 n.2. São Paulo, maio-ago, 2006.
- CARNEIRO, F. F. et al. **Trabalho rural e condições de saúde das famílias do MST e dos boias-frias: o caso de Unaí-MG**. Tempus: Actas em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2009. p. 38-52.
- CARDOSO, Marina Deise. **Saúde e povos indígenas no Brasil: Notas sobre alguns temas equívocos na política atual**. Cad. Saúde Pública Vol. 30 Nº 4, Rio de Janeiro, 2014.
- CAVALCANTE, I. M. da S.; NOGUEIRA, L. M. V. **Práticas sociais coletivas para a saúde no assentamento Mártires de Abril na Ilha de Mosqueiro**. Belém, Pará. Escola Anna Nery, 2008.
- COHN, A. et al. **A Saúde como direito e como serviço**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- CONASS, Projeitores. Nota Técnica. Brasília, 20 de novembro de 2011.

- COTTA, R. M. M et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde** v.15 n.3 Brasília set. 2006.
- DALPIAZ, A.K. STEDILE, N. L. R. **Estratégia Saúde da Família: Reflexão sobre algumas de suas premissas**. V Jornada Internacional de Políticas. UFM. São Luiz, 2011.
- FLEURY. S. OUVÉRY. A. M. **Política de Saúde: Uma Política Social**. In: Geovanella, Liga et al. 2 ed. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p. 25- 44, 2012.
- GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. **Atenção primária à saúde. In: Geovanella, Ligia et al. 2 ed. Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Cebes. p.493-546. 2012.
- GRANJA, G. F.; ZOBOLI, E. A. de C. **Equidade no Sistema de Saúde Brasileiro: Uma teoria fundamentada em dados**. Revista Baiana de Saúde Pública. 2010.
- IENO, G. M. L. **Municipalização da saúde em Caaporã: a construção de uma autonomia?** (Dissertação). João Pessoa, 1994, UFPB/CCLH/MCCS.
- LEONETI, Alexandre Bevilacqua. Et al. **Saneamento Básico no Brasil: Considerações sobre investimentos e Sustentabilidade para o século XXI**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 2011.
- LEFF, E. **Saber Ambiental: Sustentabilidade, Racionalidade, Complexidade, Poder**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011.
- LEFF, E. **Epistemologia Ambiental**. 5º ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- MENDES, Vilaça. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. CONASS, Brasília, 2015.
- MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou complementaridade?** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 9 (3):239-262, Jul/ Sep, 1993.
- MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. de F. A. S. **Formação do Vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde**. Ceará. 2009.
- MORAES, R. **Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva**. Ciência & Educação, v.9, n. 2, p.191-211, 2003
- MORAES, R; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva**. Ciência & Educação. 2ª ed. REV. ED. Inijuí, 2011.
- NORONHA, J. C. PEREIRA, T.R. **Princípios do Sistema de Saúde Brasileiro**. Rio de Janeiro. Fiocruz, Vol. 3, 2011.
- SILVA NETO, Antônio J.; PHILIPPI Jr. Arlindo. **Interdisciplinaridade em ciências, tecnologia e inovação**. Editora Barueri, São Paulo. 2011.
- SIMAS, P. R. P. PINTO, I. C. de M. **Trabalho em Saúde: Relatos dos Agentes Comunitários de Saúde da região Nordeste do Brasil**. UFB, 2017.

PAULO NETTO, J. **Introdução ao método da teoria social**. In: CFESS; ABEPSS -Org.- **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília-DF, 2009, p. 673.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: **um campo de estudo e construção da integralidade**. In: PINHEIRO, R, MATTOS RA. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p. 65-112.

PAIVA; Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. **Reforma Sanitária e a Criação do Sistema Único de Saúde: Notas sobre Contextos e autores**: Rio de Janeiro. Fiocruz. 2014.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária e o CEBER**. Rio de Janeiro, 2012. Centro Brasileiro de Estudo de Saúde.

RICARDI, L. M.; SOUSA, M. F. de. **Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família**: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte. *Ciênc. saúde coletiva* vol.20 n°.1 Rio de Janeiro, Jan. 2015

ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C. **Programa da Família**: A Construção de um novo modelo de Assistência. 2005.

SANTOS, S. A.; W. G.(Org.) **Curso de Educação Popular em Saúde**. Rio de Janeiro, ENSP, 2013.

SANTOS. S. DAEANE. **Relatório do PBISC**, São Cristóvão, UFS, 2013.

SENNA, M.C.M. **Equidade e política de saúde**: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento): 203-211, 2002.

SILVA, J.A.M.; OGATA, MN.; MACHADO, M.L.T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Rev. Eletrônica Enfermagem**. Interface (Botucatu) vol.13, n°. 30. Botucatu July/Sept. 2009.

SILVA, K. L.;SENA, R.R; ARKEMAN, M.; BELGA, S. M. M.; RODRIGUES, A. T. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. In: **Ciência & saúde coletiva**. vol.19 , n° 11, Rio de Janeiro. Nov. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141911.10042014> . Acessado em 24/03/2018.

SIMÃO DIAS. **Relatório Anual de Gestão**. Secretaria Municipal de Saúde de Simão Dias. 2016.

TEIXEIRA, F. S.. O dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In. **Reforma Sanitária Itália e Brasil**. Berlinguer; Teixeira Fleury e Campos (orgs). São Paulo: Hucitec- CEBES, 1988.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 2.ª Ed. São Paulo: Cortez, 2003.

VIANA, L. C. **Educação do Campo e Saúde**: refletindo sobre os Parâmetros Curriculares Nacionais e sua relação com o currículo de uma escola multiseriada do município de Marapanim, Pará. 2010.

VIANA, V. M. **Bolsa Floresta**: Um instrumento inovador para a promoção da saúde em comunidades tradicionais na Amazônia. USP: São Paulo, 2008

**APÊNDICE A**  
**DEMONSTRATIVO DA ATUAÇÃO DAS EQUIPES E SEUS RESPECTIVOS**  
**POVOADOS**

<b>LOCAIS DE ATUAÇÃO DAS EQUIPES</b>	<b>POVOADOS</b>
Equipe de Saúde 1	Curral dos Bois
	Larginha
	Palmares
	Pau de Leite
	Muriango
	Saco do Capim
	Campo Limpo
	Candeal Grande
	Barrocas
	Jacaré
	Galho Cortado
	Terra Branca
	Porteira da Cruz
Equipe de Saúde 2	Triunfo
	Paracatu do Meio
	Paracatu de Cima
	Paracatu de Baixo
	Aroeira
	Sítio Porções
	P.A Maria Bonita
	Carafbas de Cima
Equipe de Saúde 3	Salobra
	Muniz
	Ilhotas
	Jaqueira
	Lagoa Seca
	Areal
Equipe de Saúde 4	Pastinho
	Colônia Gov. Valadares
	Saco Grande
	Cachimbo
	Mata do Peru
	Coração de Maria

Fonte: Elaborado por Adélia Rabelo Carvalho dos Santos em novembro de 2017

## APÊNDICE B –



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO E MEIO  
AMBIENTE  
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO E MEIO AMBIENTE

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

**Coordenador da Atenção Primária**

**Data da Entrevista:**

**Cargo:**

**Idade:** **Sexo ( )F. ( )M.**

**Grau de Escolaridade:**

1 - Há quanto tempo você coordenada a atenção primária?

R.

2- Quais as ações realizadas pela equipe de saúde com relação à proteção, promoção e recuperação da saúde?

R.

3 - Como a equipe relaciona às questões socioambientais com a prevenção a saúde?

R.

4 - De que forma a comunidade percebe a atuação da equipe com relação às ações de promoção da saúde em relação às questões socioambientais?

R.

5 - Como você relaciona doença às questões socioambientais?

R.

6- Cite doenças que são provocadas pelas questões socioambiental?

R-

7 - Quais os fatores que mais impactam a saúde da comunidade?

R.



## APÊNDICE C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO E MEIO  
AMBIENTE  
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO E MEIO AMBIENTE

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO – EQUIPE

**PROFISSIONAIS: Médicos; Agentes Comunitários de saúde e Técnicos.**

**Data da Entrevista:**

**Cargo:**

**Idade:** **Sexo ( )F. ( )M.**

**Grau de Escolaridade:**

1 - Há quanto tempo você trabalha na equipe de saúde da família?

R.

2 – Identifique seis problemas ambientais encontrado na sua área de atuação dentro do povoado.

R.

3 - Como o Sr. realiza as ações de saúde que possa beneficiar socioambientalmente a comunidade?

R.

4 - Quais os fatores ambientais que são provocadores de doenças na comunidade?

R.

5 – Nas reuniões técnicas da equipe são discutidas problemas ambientais?

R.

6 - Quais são as medidas tomadas para sanar problemas advindos do ambiente?

R.

7 - Como a equipe realiza atividades de promoção da saúde em articulação aos aspectos socioambientais?

R.

**APENDICE D**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO E MEIO  
AMBIENTE  
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO E MEIO AMBIENTE

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO - COMUNIDADE.**

**Data da Entrevista:**

**Profissão:**

**Idade:** **Sexo ( )F. ( )M.**

**Grau de Escolaridade:**

1 – Há quanto tempo o sr. mora no povoado?

R.

2 – Quais são as ações realizada no seu povoado que se relaciona com o meio ambiente?

R.

3 – Cite três problemas ambientais encontrados no seu povoado?

R.

4 - A equipe de saúde orienta sobre o tratamento da água, do lixo e do esgoto na comunidade?

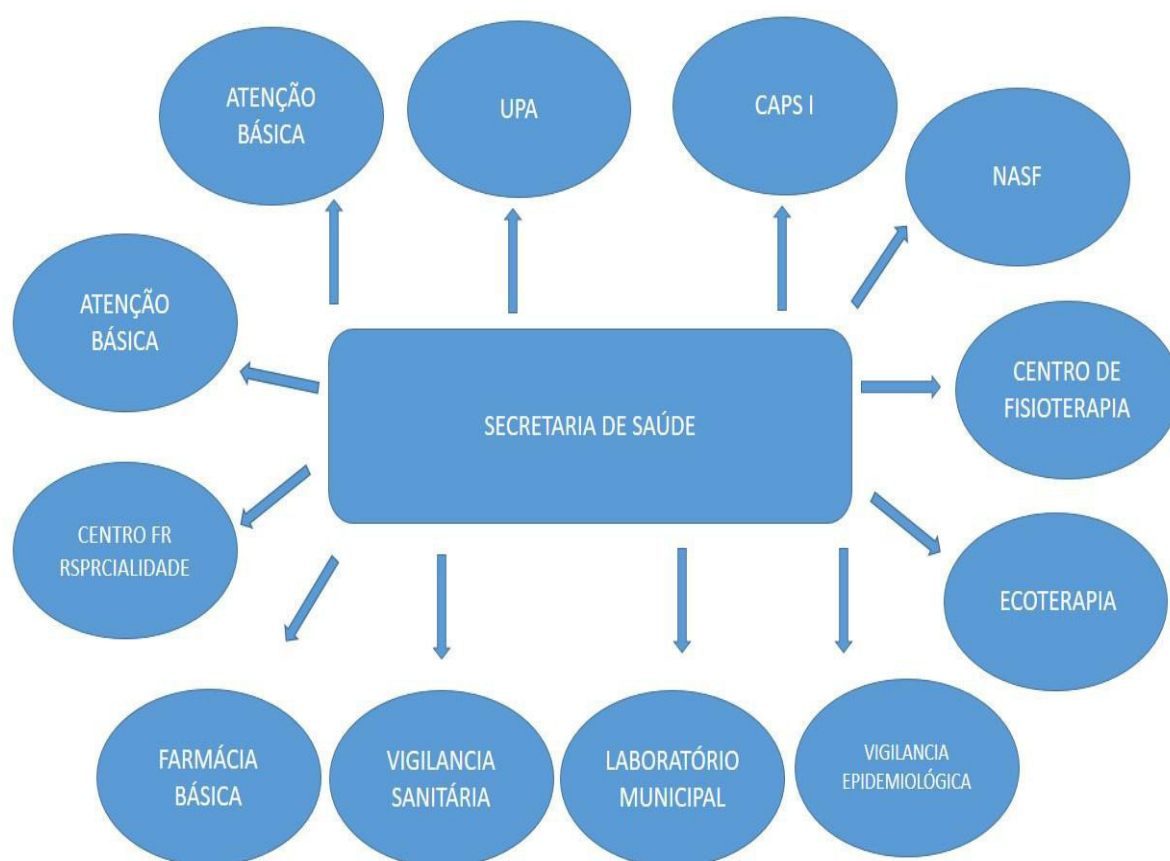
R.

5 - O sr participa dos encontros promovidos pela equipe de saúde que trata de questões sobre doenças originada dos problemas ambientais?

R.

## APÊNDICE E

### ILUSTRAÇÃO SOBRE A ATUAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE



Fonte: Elaborado por Adélia Rabelo Carvalho dos Santos em janeiro de 2017.

## APÊNDICE F



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO E MEIO AMBIENTE

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo assinado, declaro ter conhecimento dos objetivos da pesquisa de mestrado intitulada “ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SIMÃO DIAS/SE UMA PERSPECTIVA SOCIOAMBIENTAL”, desenvolvida por Adélia Rabelo Carvalho dos Santos, RG 1.244.818 SSP/SE, mestranda em Desenvolvimento e Meio Ambiente pelo PRODEMA/UFS e sob a orientação da Professora Dra. Maria José Nascimento Soares e Daniela Venceslau Bitencourt, ao concordar em participar mediante informações para compor a coleta de dados, bem como autorizo a divulgação dos resultados dessa pesquisa em reuniões científicas, sendo garantido o sigilo quanto à minha participação e/ou identificação de minhas respostas. Estou também ciente de que posso abandonar minha participação na coleta de dados da referida pesquisa no momento que assim desejar.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura